

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

O AUTOCUIDADO DA PESSOA
INSTITUCIONALIZADA - Estudo Exploratório em
Lares do Grande Porto

Dissertação

Luciana Maria Vieira Veríssimo

Porto|2013

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

O AUTOCUIDADO DA PESSOA INSTITUCIONALIZADA -
Estudo Exploratório em Lares do Grande Porto

Dissertação

‘Dissertação de Mestrado orientada pelo Pro. Doutor Paulo Marques’

Luciana Maria Vieira Veríssimo

Porto | 2013

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Paulo Marques pelo que me ensinou sobre Enfermagem, pela persistência e acompanhamento nesta caminhada.

Ao Professor Filipe Pereira pela disponibilidade e pertinência das suas observações na primeira fase do trabalho de investigação e análise de dados.

À Direção da Associação Lar Rainha D. Beatriz e do Lar Monte dos Burgos por ter autorizado a realização deste trabalho de investigação.

Aos clientes do Lar Rainha D. Beatriz e do Lar Monte dos Burgos pela sua colaboração, ajuda indispensável para a concretização do estudo.

À Enfermeira e amiga Cristina Costa, pelo companheirismo, amizade e disponibilidade ao longo da concretização da recolha de dados

À minha família e aos meus amigos que entenderam as ausências.

À minha mãe, ao meu pai e ao meu irmão companheiros de todos os dias e momentos, pelas oportunidades que me deram, e porque acreditaram e acreditam incondicionalmente em mim.

Ao Daniel, pela confiança, compreensão, persistência e incentivo... a dedicação constante, a calma e força que me acompanhou, acompanha e acompanhará... por tudo!

À Mafaldinha... o olhar mais doce...

A todos, MUITO MUITO OBRIGADA!

ABREVIATURAS

ESEP- Escola Superior de Enfermagem do Porto

ICN – International Council of Nurses

SPSS – Statistical Packaged for the Social Sciences

SCHDE – Self-Care of Home Dwelling Elderly

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. PROBLEMÁTICA EM ESTUDO	21
1.1. Autocuidado: O Conceito.....	23
1.2. O Perfil De Autocuidado	28
1.3. Justificação Do Estudo	32
2. METODOLOGIA	35
2.1. Finalidade E Objetivos	35
2.2. Desenho Do Estudo	36
2.3. Variáveis Em Estudo	37
2.4. População E Amostra	39
2.5. Procedimentos De Recolha De Dados	39
2.5.1. Fidelidade E Validade dos instrumentos	41
2.6. Aspetos Éticos.....	43
3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	45
3.1. Caracterização Sociodemográfica Da Amostra.....	45
3.2. Caracterização Da Amostra Em Função Do Compromisso Dos Processos Corporais..	46
3.3. Caracterização Da Amostra Em Função Do Tipo E Nível De Dependência No Autocuidado	48
3.4. Caracterização Da Amostra Em Função Do Perfil De Autocuidado	52
CONCLUSÕES	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	75
ANEXO I: Instrumento “Nível De Dependência No Autocuidado”	77
ANEXO II: Instrumento “Perfil De Autocuidado”	83
ANEXO III: Autorização Da Direção Do Lar Rainha D. Beatriz	91
ANEXO IV: Autorização Da Direção Do Lar Monte Dos Burgos.....	93
ANEXO V: Declaração De Consentimento Informado, Livre E Esclarecido	95

ANEXO VI: Autorização Para Utilização Dos Instrumentos “Nível De Dependência Do Autocuidado” E “Perfil De Autocuidado”	97
ANEXO VII: Perfis De Autocuidado E Questões Associadas.....	99
ANEXO VIII: Caracterização Da Amostra Em Função Da Dependência Nas Diversas Atividades Que Concretizam Os Domínios De Autocuidado.....	103

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Variáveis incluídas no estudo	38
Tabela 2: Caracterização da amostra em função da Idade	45
Tabela 3: Caracterização da amostra em função das variáveis sociodemográficas	46
Tabela 4: Caracterização da amostra em função dos processos corporais em compromisso	47
Tabela 5: Caracterização da amostra em função do estado mental	48
Tabela 6: Caracterização da amostra em função da dependência de autocuidado	49
Tabela 7: Caracterização da amostra em função da dependência por domínio de autocuidado	50
Tabela 8: “Questões específicas” de cada perfil de autocuidado (Adaptado de Sequeira, 2011)	53
Tabela 9: Distribuição da amostra em função do perfil de autocuidado	54
Tabela 10: Distribuição da amostra em função dos quatro perfis de autocuidado (teóricos)	55
Tabela 11: Relação entre o sexo e os perfis de autocuidado dos participantes	55
Tabela 12: Relação entre o estado civil e os perfis de autocuidado dos participantes	56
Tabela 13: Matriz de correlação entre a formação e a idade com os scores dos perfis de autocuidado dos participantes	57
Tabela 14: Matriz de correlação entre os perfis de autocuidado e os scores dos domínios do autocuidado	58
Tabela 15: Perfil de autocuidado dos participantes identificados inicialmente com o perfil de autocuidado “Indefinido”	60
Tabela 16: Síntese da caracterização dos participantes em função do perfil de autocuidado	62
Tabela 17: Questões associadas aos perfis de autocuidado	101
Tabela 18: Caracterização da amostra em função da dependência no domínio de autocuidado Tomar Banho	104

Tabela 19: Caracterização da amostra em função da dependência no domínio de autocuidado Vestir-se / Despir-se	104
Tabela 20: Caracterização da amostra em função da dependência no domínio de autocuidado Alimentar-se.....	105
Tabela 21: Caracterização da amostra em função da dependência no domínio de autocuidado Arranjar-se.....	105
Tabela 22: Caracterização da amostra em função da dependência no domínio de autocuidado Cuidar higiene pessoal	106
Tabela 23: Caracterização da amostra em função da dependência no domínio de autocuidado Elevar-se.....	106
Tabela 24: Caracterização da amostra em função da dependência no domínio de autocuidado Usar o sanitário	106
Tabela 25: Caracterização da amostra em função da dependência no domínio de autocuidado Transferir-se	107
Tabela 26: Caracterização da amostra em função da dependência no domínio de autocuidado Virar-se	107
Tabela 27: Caracterização da amostra em função da dependência no domínio de autocuidado Usar Cadeira de Rodas	107

RESUMO

A institucionalização é cada vez mais perspectivada como uma solução para as pessoas com dependência e que não possuem alguém disponível para a supressão das suas necessidades em cuidados. Todavia, a solução possível torna-se por vezes contraproducente, levando á passividade e progressão dos problemas que levaram à institucionalização.

O autocuidado tem significativo impacte na saúde dos idosos e a ameaça à sua realização pode advir de várias situações que se demonstram pertinentes para a Enfermagem.

Esta investigação decorreu no Lar Rainha D. Beatriz e Lar Monte dos Burgos, ambos no concelho do Porto, com o intuito de caracterizar os clientes institucionalizados quanto ao tipo e nível de dependência e perfil de autocuidado; inscreve-se no paradigma quantitativo e tem uma abordagem do tipo não experimental descritivo e exploratório. Foi utilizada uma amostra não probabilística de conveniência, constituída por 186 indivíduos.

Relativamente ao nível e tipo de dependência, 17,7% dos clientes são completamente independente e 13,4% completamente dependente, nos diferentes domínios do autocuidado. Os autocuidados com maior número de dependentes são o autocuidado tomar banho, vestir-se/despir-se e arranjar-se; por outro lado, os autocuidados com menor dependência abrangem o autocuidado cuidar da higiene pessoal, alimentar-se e usar o sanitário; os dados foram obtidos através do instrumento “Nível de dependência do Autocuidado” desenvolvido por um grupo de professores da ESEP.

Para o estudo da atitude face ao autocuidado adotada pelos participantes (perfil de autocuidado) foi utilizado o instrumento “Perfil de Autocuidado” desenvolvido por Räsäsen, Kyngas e Backman, em 2007. Neste caso particular, a leitura dos dados deve ser realizada com cautela, atendendo ao resultado estatístico Alfa de Cronbach (0,46). O perfil de autocuidado que predomina é o perfil “Indefinido” (70,9%). Dos restantes clientes foi possível identificar o perfil de autocuidado formalmente guiado em 16,2% destes. No geral, o perfil de autocuidado responsável associa-se ao sexo feminino, presença de formação e menor dependência, enquanto o perfil de autocuidado de abandono relaciona-se com o sexo feminino, ausência ou menor formação e maior dependência.

Palavras – chave: Autocuidado, Perfil de Autocuidado, Institucionalização.

ABSTRACT

The Self-Care of the institutionalized person: Exploratory study in the home dwelling elderly Porto city.

Institutionalization is more and more perceived as a solution towards people with dependencies and that don't have someone available to suppress their needs in care. However, the solution can sometimes become counterproductive, leading passivity will and progression of the problems that led to institutionalization.

Self-care has a significant impact on the health of the elderly and the threat to its realization may come from various situations that demonstrate relevant to nursing.

This research took place in the Home Rainha Beatriz and Home Monte dos Burgos, both in the municipality of Porto, in order to characterize the institutionalized clients regarding the type and level of dependency and self-care behaviour style; falls within the quantitative paradigm and has an approach of the non-experimental descriptive and exploratory. We used a non-probability sample of convenience consisting on 186 individuals.

Regarding the level and kind of dependency, 17.7% of customers are completely independent and completely dependent 13.4% in different domains of self-care. The self-care with the highest number of dependent self-care are bathing, dressing/ undressing and arrange themselves, on the other hand, self-care with less reliance cover cover self-care personal hygiene, feeding and using the toilet, data were obtained through the instrument "Level of Dependence on Self-Care" developed by a group of teachers ESEP.

To study the attitude adopted by the participants with self-care (self-care behaviour style), the instrument used was "Self-Care style" developed by Räsänen, Kyngäs and Backman, 2007. In this particular case, reading the data should be made with caution, given the statistical result Cronbach's alpha (.46). The self-care behaviour style predominant is self-care "Undefined" (70.9%). Of the remaining customers it was possible to identify the Formally Guided self-care in 16.2% of these. Overall, the responsible self-care is associated with female sex, presence of training and less dependence, while the abandoned self-care

behaviour style relates to the female sex, absence or lower education and greater dependence.

Keywords: Self-Care, Self-Care Behaviour Styles, Institutionalization.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento apresenta-se, na atualidade, como um fenómeno difícil de ignorar, pelas implicações sociais, económicas e políticas, complexas (Pinto e Santos, 2009; Martins, Ribeiro e Garrett, 2004; Sequeira, 2007). O avanço da tecnologia e os progressos científicos levaram ao prolongamento da vida, qualidade de vida e bem-estar, porém nem sempre associados à ausência de problemas de saúde e declínio funcional (Andrade, 2009).

Esta realidade exige cuidados especializados e contínuos, que nem sempre a família se encontra disponível e/ou apresenta capacidades e competências para a sua consecução, colocando-se, nalgumas circunstâncias, a opção ou a inevitabilidade da institucionalização das pessoas envelhecidas com dependência(s).

A dificuldade em satisfazer as necessidades relacionadas com o autocuidado e tomar conta de si traduz-se em focos de atenção da Enfermagem. O Autocuidado tem significativo impacto na saúde dos idosos, sendo definido por Orem (1993), como a prática de atividades com intuito da manutenção da vida, saúde e bem-estar; e em caso do seu comprometimento, emerge como natural a necessidade de ajuda por parte de um profissional de Enfermagem.

A ameaça à realização do autocuidado pode advir de várias situações que se demonstram pertinentes para a Enfermagem. Segundo Meleis e colaboradoras (2000), se a dependência da pessoa surgir por uma agudização do seu estado clínico ou doença súbita, ocorrendo uma rápida mudança de papéis com necessidade de aquisição e desenvolvimento de competências por parte da pessoa, denomina-se de transição ‘saúde-doença’; se a perda de autonomia for progressiva e resultado do envelhecimento, por exemplo, trata-se de uma transição ‘desenvolvimental’. Um outro tipo de transição explorada por Meleis e colaboradoras (2000) refere-se às transições situacionais que englobam o assumir de novos papéis, como é o caso do membro da família prestador de cuidados. A transição organizacional remete-se às alterações de funcionamento e estrutura a nível familiar, cabendo aqui a institucionalização.

Como refere Meleis *et al.* (2000), este processo resulta de alterações na vida, saúde, ambiente e relações das pessoas, aspeto que influencia a saúde, com desenvolvimento dos papéis desempenhados, conhecimentos e habilidades para melhor adaptação à nova condição de vida. No caso dos idosos e atendendo ao aumento da dependência e doenças crónicas compreendemos que estes estejam propensos a vivenciar uma Transição, ou mesmo transições simultâneas, que vão influenciar a sua (in)dependência e autonomia.

A dependência, termo muito discutido no campo da geriatria, refere-se à capacidade funcional e dificuldade ou impossibilidade de realizar tarefas da vida diária, que não deve ser confundida com a perda de autonomia, uma vez que autonomia define-se como a capacidade e liberdade de decidir sobre a sua vida (Araújo, Paúl e Martins, 2011). Assim, constata-se a existência de pessoas dependentes porém autónomas.

Ainda de acordo com Meleis e colaboradoras (2000), a transição vivenciada pela pessoa possui condicionalismos que poderão dificultar ou facilitar o processo, como as condições pessoais (significados atribuídos por cada pessoa, crenças culturais e atitudes, status socioeconómico, preparação antecipatória e conhecimento), condições fornecidas pela comunidade e condições sociais. Segundo Backman e Hentinen (1999), sobre o perfil de autocuidado, a compreensão das características que abrangem a ação face à saúde e doença, estritamente relacionados com os fatores culturais, sociais e psicológicos; a biografia da pessoa (passado e futuro); e o percurso de vida individual moldado pelas oportunidades e limitações que cada pessoa possui, permitem assumir a postura da pessoa face ao autocuidado como um condicionalismo pessoal.

As transições têm assim um elevado impacte no idoso e cabe à Enfermagem profissionalizar a ajuda às pessoas nas transições, de modo a compreender quais os fenómenos que as afetam, os motivos pelos quais não aderem às indicações terapêuticas, mantendo riscos de saúde, ou seja, abandonando as atividades de autocuidado (Silva-Smith e Kovach, 2006).

Deste modo, os enfermeiros, que interagem ativamente com o utente e família, com as pessoas que se encontram no processo de transição, devem encontrar-se despertos para as mudanças e exigências requeridas, de modo a antecipá-las agindo em conformidade. Os enfermeiros são os profissionais melhor posicionados para darem resposta e auxiliarem as pessoas a ultrapassar as novas situações e condições que surgem ao longo da vida, e para as quais nem sempre se encontram preparadas, assistindo-as e

fomentando o desenvolvimento de seu potencial máximo de saúde, com a aquisição de conhecimentos, capacidades e habilidades (Meleis, 2005).

É neste sentido, atendendo à realidade expressa, que esta investigação pretende caracterizar as pessoas institucionalizadas quanto ao perfil de autocuidado, condição de saúde e dependência no autocuidado.

Relativamente à exposição dos conteúdos desta pesquisa, apresenta-se num primeiro capítulo o enquadramento teórico relativo à problemática em estudo, com elucidação do problema do envelhecimento em Portugal e no Mundo, seguida da clarificação dos conceitos principais que o guiam, nomeadamente o conceito de autocuidado, fatores que o influenciam e as teorias relevantes exploradas para a melhoria dos cuidados. Culmina com a caracterização dos perfis de autocuidado e sua importância para a prática clínica de Enfermagem.

Posteriormente, no segundo capítulo, explora-se a metodologia adotada, com exposição do caminho traçado e opções de desenvolvimento, com referência aos objetivos e finalidade da pesquisa, identificação da população e amostra, não esquecendo as estratégias de recolha e análise dos dados e as questões éticas.

O terceiro capítulo é constituído pela apresentação dos resultados que emergiram e com a respetiva discussão, facilitadora da compreensão dos mesmos.

Por fim, surge a conclusão, capítulo de súmula da investigação, com referência às implicações dos resultados na prática profissional de Enfermagem.

1. PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

Os avanços da tecnologia que proporciona o progresso da medicina preventiva e curativa, o aumento da esperança média de vida e uma diminuição da mortalidade, concomitante ao declínio da fertilidade provocaram um aumento da população envelhecida (Araújo, Paúl e Martins, 2011), fenómeno social e científico do último século (Zelevnik, Zelevnik e Stricevic, 2010)

O envelhecimento retrata um processo complexo de evolução do organismo e desenvolvimento psicológico e social do Ser Humano (Araújo, Paúl e Martins, 2011). É considerado como um dos mais importantes problemas da população e não afeta somente as sociedades modernas (Méndez, 2010). Para Backman e Hentinen (1999), apresenta-se como uma das mais profundas mudanças sociais.

Portugal também é afetado por esta realidade. Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), referentes aos censos de 2011, Portugal possui 2,023 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, o que representa cerca de 19% da população total. Ainda de acordo com a mesma fonte, verificou-se um aumento de cerca de 19% da população idosa na última década e um aumento em 28% de idosos a viverem sós. Conforme informação divulgada pelo INE, na comemoração do Dia Internacional do Idoso de 2007, nos próximos 25 anos, a população idosa poderá mais que duplicar o número de jovens.

Este fenómeno representa mais que uma série de mudanças biológicas, uma vez que para além do declínio biológico das estruturas e funções orgânicas pode ocorrer o comprometimento da capacidade de cuidar de si (Zelevnik, Zelevnik e Stricevic, 2010), ou seja, a dependência da pessoa para algumas das atividades. Essa situação pode ser vista como um processo normal, gradual, universal e irreversível de degradação das capacidades funcionais do organismo; um evento não necessariamente provocado por doença (Araújo, Paúl e Martins, 2011).

Dependência é um termo muito utilizado em geriatria, significando fragilidade e vulnerabilidade apresentada pela pessoa idosa face às mudanças inerentes ao seu desenvolvimento pessoal. É geralmente observada nos indivíduos que possuem doenças ou

limitações funcionais, com redução da capacidade de adaptação; relaciona-se com a perda de autonomia a nível físico, psicológico ou intelectual, com necessidade de assistência de outras pessoas e profissionais especializados para a realização de atividades (Araújo, Paúl e Martins, 2011).

Tendo em conta a semântica, existem diferenças entre os conceitos de (in)dependência e Autonomia, pelo que não devem ser confundidos. Dependência refere-se à capacidade funcional, dificuldade e/ou impossibilidade de realizar o seu autocuidado, por si só. O que pode acontecer em qualquer idade prevalecendo ao longo do tempo, e/ou desenvolver-se após o aparecimento de uma doença crónica, podendo levar a diferentes tipos e níveis de dependência (Araújo, Paúl e Martins, 2011).

Para os autores Paúl e Fonseca (2005) a dependência pode ser classificada como Leve, no caso de a pessoa necessitar apenas de supervisão e monitorização; Moderada, se for necessário, para além da supervisão, auxílio em algumas das atividades; e, Severa se é necessária ajuda constante na realização dos seus autocuidados; em todos os níveis surgem implicações sociais, psicológicas, económicas, políticas e financeiras, não só de quem apresenta dependência mas de quem cuida da pessoa com dependência (Araújo, Paúl e Martins, 2011). De salientar, ainda, que o indivíduo incapacitado ou com limitações em proceder ao cuidar de si, é definido por Orem (1991, p.32) como *“a pessoa que necessita de ajuda da enfermeira para compensar as exigências de autocuidado específicas, resultantes de limitações nas suas capacidades”*.

Por seu turno, Independência, de acordo com Davies, Ellis e Laker (2007), é frequentemente utilizado como sinónimo de autonomia, porém este conceito relaciona-se apenas com a função física individual e a habilidade na realização de atividades, ou seja, a pessoa independente concretiza e realiza as atividades necessárias para manter o seu funcionamento normal.

Quanto ao conceito de Autonomia, relaciona-se com a capacidade, liberdade e habilidade de decidir sobre a sua vida (Araújo, Paúl e Martins, 2011). De acordo com a medicina contemporânea e os pressupostos éticos, todo o homem é um ser competente, assumindo que este é autónomo (Naik *et al.*, 2008). Ser autónomo não indica que se seja independente dos outros. Autonomia é encarada como autogoverno, responsabilidade pessoal, o modo de viver racional e à sua maneira (Proot *et al.*, 1998). Para Mars *et al.* (2007), o produto da autonomia é a autorrealização, na qual a pessoa realiza livremente as suas escolhas, isto é, ação livre, autêntica, com reflexão moral (Proot *et al.*, 1998).

Para Proot *et al.* (2002; 2007), a autonomia depende do desenvolvimento e ambiente da pessoa, englobando três dimensões: autodeterminação, independência e autocuidado. Autodeterminação refere-se às escolhas e decisões sobre a sua saúde e vida; Independência assume-se como o planeamento e organização da sua vida, incluindo contactos sociais, regras e responsabilidade sobre a vida e família; no Autocuidado incluem-se as competências (instrumental, comunicativa e cognitiva) e as atividades de vida diária necessárias para o normal funcionamento do organismo.

Relacionando os conceitos explanados, sabe-se que nas pessoas idosas é possível encontrarmos pessoas dependentes porém autónomas (Araújo, Paúl e Martins, 2011), considerando-se o ideal da autonomia a pessoa controlar o seu destino e ter sucesso nas suas decisões (Moser, Houtepen e Widdershoven, 2007).

Salienta-se que a nossa atenção, deverá debruçar-se sobre a autonomia das pessoas com doenças crónicas, tendo em conta que as pessoas são responsáveis pela sua saúde (Mars *et al.*, 2007), a autonomia e independência são importantes para a boa qualidade de vida nas pessoas idosas (Davies, Ellis e Laker, 2000).

1.1. Autocuidado: O Conceito

Um dos fenómenos que apresenta enorme relevância na vida dos idosos e consequentemente na sua autonomia e independência é o autocuidado, pois induz eventos negativos na sua vida com a diminuição das habilidades e assim, aumento da dependência (Söderhamn, 2001). O autocuidado, tradicionalmente, relaciona-se com as atividades associadas à promoção da saúde e racionalidade na sua operacionalização para a manutenção da vida (Räsänen, Backman e Kyngäs, 2007; Backman e Hentinen, 1999; Zeleznik, Zeleznik e Stricevic, 2010); porém, o conceito foi inicialmente estudado por Orem (1993), a qual define Autocuidado como a prática de atividades iniciadas e executadas pelos indivíduos em seu próprio benefício, para a manutenção da vida e do bem-estar, ou seja, ação deliberada para otimizar e/ou manter a saúde.

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, o Autocuidado é definido como uma *“atividade realizada pelo próprio: tratar do que é*

necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária” (International Council of Nurses, 2011, pág. 41). Pressupõe então um fenômeno ativo que requer uma capacidade de utilizar a razão para compreender o seu estado de saúde e habilidades na tomada de decisão, com a intensão de realizar a ação mais adequada (Simmons, 2009; Figueiredo *et al.*, 2004).

O autocuidado é a prática e tem como propósito as ações que contribuem para a integridade nas funções e no desenvolvimento humano, tem a intenção de manutenção, restauro e melhoria da saúde, onde as habilidades e competências para o autocuidado são consideradas como condições necessárias para a sua concretização (Orem, 1993; Söderhamn, 2001). A presença de capacidade (intenção do agente, habilidade, conhecimento e decisão) pode decidir o exercício ou a sua inexistência no autocuidado, para o qual, segundo Orem, existem três requisitos: universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde; uma vez que todas as pessoas apresentam potencial de desenvolvimento de competências intelectuais, competências práticas e a motivação necessária para o cuidado pessoal regular, funcional e em desenvolvimento (Rafii, Shahpoorian e Azarbaad, 2008; Orem, 1993; Zeleznik, Zeleznik e Stricevic, 2010).

Os requisitos universais referem-se a processos de vida e manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humano, são comuns a todos os Seres Humanos durante todos os estádios do ciclo vital, como é o caso das atividades do dia a dia. Os requisitos de desenvolvimento associam-se às ações especializadas e que foram promovidas tendo em conta algum evento particular, como por exemplo adaptação a mudanças físicas, ajuste de idade. O de desvio de saúde alude às condições de doença e/ou incapacidade, atividades específicas que decorrem de um diagnóstico de enfermagem com o intuito de corrigir essa condição (Orem, 1993; Cavanagh, 1993; McCormack, 2003).

A existência de requisitos demonstra que o homem é um ser capaz de se adaptar e realizar ações que retomem e façam a manutenção do seu estado, com potencial para desenvolver habilidades intelectuais e práticas, com ação intencional e voluntária (Cavanagh, 1993); contudo o contributo da Enfermagem pode e deve demonstrar-se como um benefício, nomeadamente no défice de autocuidado.

Backman e Hentinen (1999) e Räsänen, Backman e Kyngäs (2007), continuando o estudo sobre o autocuidado referem que ele se relaciona com a experiência da pessoa. Neste sentido, as mesmas autoras enumeram a prática do autocuidado como o reflexo do

estilo individual da pessoa mais velha e a adaptação específica da sua história pessoal, não esquecendo as suas perspetivas sobre o futuro.

Cada pessoa apresenta um método original de cuidar de si, que se altera de acordo com as adaptações específicas ao longo da vida e adaptação a uma nova condição de vida que surja no futuro, pois são influenciadas pela personalidade, experiências de saúde e envelhecimento (Backman e Hentinen, 1999). Assim, as experiências traumatizantes do passado podem diminuir a funcionalidade face ao autocuidado (Zeleznik, Zeleznik e Stricevic, 2010). Deste modo, o autocuidado revela-se um fator preponderante para o idoso, representando o seu estilo de vida associado aos seus valores e cultura, que incluem o exercício, nutrição e relaxamento atendendo sempre ao aspeto emocional (Zeleznik, Zeleznik, Stricevic, 2010; Räsänen, Backman e Kyngäs, 2007).

Compreende-se assim, que o processo do autocuidado se inicia com a consciencialização do próprio estado de saúde, tendo em conta as experiências pessoais e o contexto sociocultural em que a pessoa vive, apresentando-se como um processo voluntário e intencional, em que os indivíduos terão de manifestar vontade e motivação para o concretizar (Cavanagh, 1993).

O autocuidado demonstra-se como a chave para a saúde e a doença, mas é passível de sofrer a influência de vários fatores, internos e externos. Para Backman e Hentinen (1999), os fatores externos relacionam-se com as condições de vida e *status* económico, contexto sociocultural, acesso a serviços e sua disponibilidade; e o suporte social (Backman e Hentinen, 1999; Department of Heath, 2005). Destes, o que exerce mais influência, segundo Raatikainen (1992) e Norburn *et al.* (1995), mencionados por Backman e Hentinen (1999), é o suporte social quando associado à idade dos indivíduos. Relativamente aos fatores internos que interferem no autocuidado, salientam-se a experiência de vida, habilidades cognitivas e literacia, condição de saúde, capacidade funcional, autoconceito, autoestima, satisfação com a vida, estratégias de coping, valores, crenças e volição (Backman e Hentinen, 1999; Department of Heath, 2005).

De reforçar que a capacidade funcional é considerada um pré requisito para o autocuidado, embora a sua relação com o autocuidado não seja óbvia. Pois é possível encontrar pessoas com baixa capacidade funcional que realizam as atividades de autocuidado, assim como, encontrar pessoas com elevada capacidade funcional que necessitam de quem as substitua (Backman e Hentinen, 2001; Borg, Hallberg e Blomqvist, 2006).

Segundo Orem (1993), a idade, sexo, estágio de desenvolvimento, estado de saúde, contexto sociocultural, sistema familiar e de saúde, estilos de vida, fatores ambientais e a disponibilidade e adequação dos recursos também seriam elementos que influenciam o autocuidado. Por seu turno e, em continuidade aos estudos sobre o Autocuidado e seus fatores, Zeleznik (2007) aplicou o Modelo de Autocuidado dos Idosos no Domicílio de Backman e Hentinen (1999) na Eslovênia, tendo-se destacado três fatores major: capacidade funcional, satisfação com a vida e autoestima.

Também é possível referir que a percepção do estado de saúde e a (in)dependência no Autocuidado influenciam de modo significativo a satisfação com a vida, que diminui quando um processo de saúde/doença impõe a dependência no Autocuidado (Borg, Hallberg e Blomqvist, 2006). Assim, a incapacidade para realizar o autocuidado associada ao isolamento ou diminuição da interação social, reduz a satisfação de vida (Hellstrom e Hallberg, 2001).

O autocuidado contribui então para a continuação da existência, da saúde e do bem-estar, traduzindo-se como um comportamento de busca das potencialidades, compreendendo as limitações e valorizando o bem-estar, encontrando maneiras criativas de se cuidar, proporcionando a aquisição de habilidades e competências (Rafii, Shahpoorian e Azarbaad, 2008; Silva e Santos, 2010). Apresenta-se com diferentes significados para pessoas distintas (Wrixon, Partner e Consulting, 2009), daí que é possível observar pessoas independentes funcionalmente que possuem um autocuidado inadequado (Méndez, 2010).

Orem, desenvolveu uma teoria que salienta a importância da Enfermagem, a Teoria do Déficit do Autocuidado, afirmando que o enfermeiro tem o papel de promover o autocuidado, anulando as necessidades da pessoa quando esta apresenta limitações (1993). Neste sentido, o enfermeiro deverá agir ou fazer pelo outro, guiar e apoiar, promovendo o desenvolvimento pessoal (Torres, Davim e Nóbrega, 1999; Brigde, Cabell e Herring, 2005); procurando *“identificar as técnicas adaptativas que permitam à pessoa o grau máximo de participação e independência possível”* e não apenas *“providenciar medidas de cuidados”* (Carpenito-Moyet, 2005, pág. 658).

Tendo em conta as necessidades da pessoa dependente, mas também as suas capacidades para a realização das atividades de autocuidado, Orem (1993), sugere a teoria dos sistemas de enfermagem, que inclui três domínios: Totalmente Compensatório, utilizado para o indivíduo incapaz de desenvolver o autocuidado - o Enfermeiro irá realizar as atividades por ele, substituindo-o; Parcialmente Compensatório, onde a pessoa com

dependência encontra-se parcialmente limitada para o autocuidado - Enfermeiro e pessoa desenvolvem tarefas para a supressão das necessidades e realização do autocuidado; por último, no sistema Apoio-Educação, o indivíduo consegue executar, contudo necessita de conhecimentos e/ou treino de habilidades, que o enfermeiro facultará.

Tendo em conta as teorias apresentadas por Orem, também ela salienta a necessidade de um diagnóstico preciso, de uma colheita de dados correta, de avaliação das necessidades tanto de autocuidado, como de desenvolvimento, desvios de saúde, relacionamento, conhecimento, habilidades, motivação e orientação. Apenas dessa forma estaremos a utilizar o sistema correto, podendo, quando adequado, promover a autonomia e independência da pessoa, considerando-a sempre como o agente do autocuidado. Este processo deverá ser continuamente avaliado de modo a identificar a evolução e adequar as intervenções ao novo estágio de dependência e necessidades.

Associando o envelhecimento e o autocuidado, percebe-se a existência de limitações que vão levar a dependência, causando impacto na pessoa e interferência na família, principal e primeira base de suporte, que intervém para efetivar os cuidados à pessoa com dependência; e a sociedade (Araújo, Paúl e Martins, 2011; Hellström e Hallberg, 2001).

Esta realidade é evidenciada numa investigação realizada no Norte de Portugal, onde se verificou uma prevalência predominante de idosos; a dependência severa surge nas atividades de autocuidado e afetam $\frac{3}{4}$ dos idosos, tendo como principais causas as doenças do sistema circulatório (que originam sequelas e limitações com implicações pessoais, familiares e sociais graves); doenças do sistema nervoso, seguido dos distúrbios mentais, das lesões, tumores e por fim, das doenças endócrinas (Araújo, Paúl, Martins, 2011).

Esta experiência de como lidar com a doença e manter o bem-estar são constantes na vida, o que nos remete para a importância da promoção da saúde, estimulando um comportamento de autocuidado que vise a manutenção da autonomia e do envelhecimento bem-sucedido (Silva e Santos, 2010). É neste sentido que as famílias intervêm no cuidado do elemento que apresenta dependência, embora evidenciem, com frequência, necessidades que comprometem o cuidado à pessoa dependente (Shyu, 2000).

Segundo Backman e Hentinen (1999) a prestação de cuidados em casa é complexa, existindo muitos aspetos que influenciam esta realidade. A perda de habilidade e início, tipo e nível da dependência da pessoa idosa, despoletam a necessidade de ponderar outras opções, como a institucionalização (Sacco-Peterson e Borell, 2004), nomeadamente se não

houver uma preparação adequada de um membro da família para assumir o papel de prestador de cuidados.

Nos lares o objetivo do profissional de saúde deve passar pela promoção da autonomia e independência do idoso, aproveitando o ambiente de cuidados como uma oportunidade para o desenvolvimento do seu máximo de saúde e autonomia, esperando que o indivíduo, alvo de cuidados, seja mais ativo (Davies, Ellis e Laker, 2007), uma vez que o grau de participação influencia a saúde e o bem-estar (Sacco-Peterson e Borell, 2004). Para tal, existem várias estratégias que favorecem aquele desiderato, tais como: oferecer o poder de escolha à pessoa sobre as atividades a realizar, promover a informação, incentivar a pessoa, dar *feedback* e demonstrar reciprocidade, o que faz apelo ao domínio de competências comunicacionais e de relação. Todavia, sabe-se que quando institucionalizada, habitualmente a pessoa demonstra passividade e dependência sobretudo nas atividades de autocuidado, muitas vezes associado ao ambiente e estrutura física, às normas e impossibilidade de escolha (Davies, Ellis e Laker, 2000; 2007), o que se coloca como um desafio para os enfermeiros.

Estes comportamentos revelam práticas de autocuidado, que se relacionam com as características individuais das pessoas e com as adaptações específicas por elas vivenciadas, assim como pela situação atual e expectativas quanto ao futuro. Aspetos que analisados proporcionam a identificação do perfil de autocuidado (Backman e Hentinen, 2001).

1.2. O Perfil De Autocuidado

Backman e Hentinen (1999) com o seu Modelo de Autocuidado do Idoso no Domicílio verificaram que o autocuidado em pessoas idosas reflete-se no cuidar da sua saúde e doença e realização das atividades da vida diária, tendo como pré-requisitos a sua personalidade, experiências em saúde e o seu envelhecimento. Estas características podem ser categorizadas de acordo com as diferentes condições para a ação e com os diferentes significados de orientação para o futuro, originando quatro perfis de autocuidado (atitude face ao autocuidado), sendo eles “Autocuidado responsável”, “Autocuidado formalmente guiado”, “Autocuidado independente” e “Autocuidado de abandono”.

Em cada categoria de atitude face ao autocuidado é possível verificar características que abrangem a ação face à saúde e doença, estritamente relacionados com os fatores culturais, sociais e psicológicos e atendendo à biografia da pessoa (passado e futuro); e que refletem o percurso de vida individual moldado pelas oportunidades e limitações que cada pessoa possui (Backman e Hentinen, 1999).

Emerge assim a importância de observar o indivíduo como um todo, tendo os profissionais de saúde um papel crucial no processo de acompanhamento. Só assim é possível conhecer e compreender o perfil de autocuidado, os fatores envolventes, para potenciar, posteriormente, as capacidades da pessoa (Serrano e Pires, 2009; Backman e Hentinen, 2001).

As pessoas com um perfil de autocuidado *responsável* com compromisso nas atividades de vida diária apresentam capacidade de gestão da saúde/doença; têm controlo sobre o tratamento e terapêutica; conhecimentos sobre as alternativas possíveis e tomam decisões responsáveis; colaboram e procuram os profissionais de saúde. Tentam debater as opções de tratamento e esclarecer as dúvidas, analisando os seus problemas e soluções possíveis. Preocupam-se com a sua condição física adotando medidas para melhorar, nomeadamente o exercício físico e uma alimentação saudável. Consideram essencial manterem-se ativos e, em caso de perturbação da sua condição de saúde aplicam-se diretamente na resolução do problema, apresentando elevada autonomia na tomada de decisão. Estas pessoas possuem uma vida social e familiar ativa, demonstrando gosto pelo trabalho e prazer nas diversas atividades desenvolvidas. Quanto à perspetiva de futuro, evidenciam boas expectativas e confiança, e veem o envelhecimento como uma experiência positiva. Relativamente à influência dos fatores major no autocuidado, verifica-se que as pessoas com este perfil realizam as suas atividades de autocuidado de modo independente apesar das dificuldades, contudo quando necessitam, reconhecem a necessidade e solicitam auxílio. Apresentam elevada autoestima e satisfação com a vida (Backman e Hentinen, 2001).

Por outro lado, as pessoas que adotam um perfil de autocuidado *formalmente guiado* assumem um comportamento de passividade. Quando em situação de doença, realizam os tratamentos e terapêutica de modo acrítico, uma vez que atribuem o controlo da sua saúde ao profissional; desconhecem a razão para a ação e não demonstram interesse, obedecendo às instruções oriundas dos profissionais de saúde. Frequentemente, as pessoas que adotam esta atitude face ao autocuidado apresentam como experiência

passada, trabalhos dirigidos por outros, sem questionamento, marcados pela rotina, cuidando de outros (filhos, marido, pais). Toda a sua vida é encarada com realismo, sobre o envelhecimento e suas limitações como a deterioração da capacidade física e de realização de tarefas. Normalmente avaliam as suas necessidades com base na experiência dos outros, apresentando incapacidade de identificar as suas próprias necessidades. Quanto à sua perspectiva sobre o futuro, aceitam o envelhecimento e equacionam a possibilidade de um dia serem institucionalizados. Sabe-se que estas pessoas revelam elevada satisfação com a vida e autoestima, realizam as suas atividades de vida diária, apesar da necessidade de auxílio, porém no caso de terem quem lhes suprima as necessidades sentidas, vão abandonando as atividades de autocuidado. As pessoas com este perfil, constituem-se como um desafio, para a Enfermagem, uma vez que com uma atitude de passividade e resignação face à evolução da sua condição de saúde, necessitam de acompanhamento e incentivo para se manterem ativas, independentes e autónomas, tornando-se prioritário identificar os recursos existentes e os seus pontos fortes.

As pessoas que adotam o perfil de autocuidado *independente* possuem a sua maneira própria de se autocuidar tendo em conta que ao longo da sua vida sempre foram independentes. Perante uma situação de doença ou necessidade de cuidados demonstram-se desconfiados quanto às instruções dos profissionais de saúde, o que as leva a evitar os serviços de saúde e seus profissionais, procurando a sua própria solução e de modo criativo, impossibilitando a participação do profissional. Não seguem as terapêuticas instituídas, considerando que a melhor escola é a vida; não aceitam o envelhecimento, nem a sua condição de saúde ignorando sinais e sintomas essenciais. Tendencialmente comparam-se aos outros, sentindo-se muito saudáveis, uma vez que fazem constantes avaliações muito positivas de si e do seu cuidado, não querendo pensar no futuro. Normalmente tornam-se pessoas solitárias, querendo ficar em casa para sempre, pois este é o seu porto seguro. Demonstram elevada independência na realização das atividades de vida diária e possuem elevada autoestima e satisfação com a vida, de acordo com os fatores que influenciam o autocuidado.

Por último, as pessoas com um perfil de autocuidado de *abandono* experienciam sentimentos de impotência, de desamparo e falta de responsabilidade. Na sua experiência passada apresentam factos negativos e traumáticos, mantendo uma constante tristeza e medo em relação ao futuro. Demonstram vontade de desistir, não se preocupando com eles próprios. Tendem a apresentar uma perda progressiva do comportamento de

autocuidado, pela incapacidade de gestão e realização das atividades de vida diária. Sentem que ninguém se preocupa com elas, isolando-se. Quanto à saúde, muitas destas pessoas evidenciam quadros de depressão e, como não procuram ajuda médica, quando chegam junto dos profissionais apresentam doenças graves e processos de luto disfuncional. Ainda relacionando os fatores para o autocuidado, verifica-se que estas pessoas demonstram baixa satisfação com a vida e baixa autoestima, com tendência a abandonar as atividades de autocuidado. Este é um grupo no qual o contributo de Enfermagem é muito importante.

Apesar da definição de quatro perfis de autocuidado, será de mencionar a possibilidade significativa de encontrar pessoas que apresentem não um perfil de autocuidado puro, mas sim a combinação das características de diferentes perfis. Esta questão tem sido evidenciada nos diversos estudos realizados sobre o perfil de autocuidado, todavia a possibilidade de encontrar pessoas com uma atitude face ao autocuidado nitidamente aderente a um dos perfis é possível e comprovados nesses mesmos estudos (Zelevnik, 2007; Sequeira, 2011).

O estudo realizado por Backman e Hentinen (2001) refere-se a pessoas idosas, contudo a sua aplicação é possível a todas as outras pessoas, uma vez que o autocuidado é o reflexo da personalidade de uma pessoa, fazendo parte de toda a sua vida, relacionando-se com a autoestima, satisfação com a vida e capacidade funcional, através de atitudes positivas e verbalização de autoaceitação, autolimitação, autoeficácia e autoconceção.

O autocuidado reflete assim o modo como a pessoa se cuida na saúde/doença, e na própria vida. São comportamentos que se relacionam com as características individuais (estado físico e psicológico, capacidade funcional e autoestima) e as adaptações vivenciadas, assim como as perspetivas quanto ao futuro (Backman e Hentinen, 2001).

Na continuidade dos estudos sobre o perfil de autocuidado, foi elaborado um instrumento para a avaliação do perfil de autocuidado de idosos em apoio domiciliário, sendo este testado por Räsänen, Backman e Kyngäs na Finlândia e Zelevnik na Eslovénia em 2007. Este instrumento integra numa primeira parte a descrição sociodemográfica do cliente e numa segunda inclui 42 questões direcionadas para a identificação do perfil, complementadas por outras escalas.

A investigação levada a cabo por Zelevnik reforça a ideia de que os fatores major do autocuidado (autoestima, satisfação de vida e capacidade funcional) interferem com o autocuidado e se relacionam e caracterizam cada um dos perfis de autocuidado, demonstrando a sua importância e relevância para a prática clínica.

1.3. Justificação Do Estudo

O aumento do índice de envelhecimento, do número de doenças crónicas e do crescimento cada vez mais significativo de pessoas com dependência verificado no nosso país, pressupõem uma mais significativa necessidade de cuidados, assim como uma pessoa que as suprima (Karsch, 2003; Andrade, 2009). A dependência surge nas atividades de autocuidado, afetando $\frac{3}{4}$ dos idosos (Araújo, Paúl e Martins, 2011), pelo que se torna premente estimular um comportamento de autocuidado que vise a manutenção da autonomia e do envelhecimento bem-sucedido (Silva e Santos, 2010).

Nos dias de hoje, a institucionalização é cada vez mais perspetivada como uma solução para as pessoas com dependência e que não possuam uma pessoa disponível, com competências e habilidades para a supressão das necessidades de cuidados demonstradas, originando a necessária intervenção do enfermeiro na promoção da saúde. O Enfermeiro, de acordo com Meleis (2005) é o profissional que se encontra mais próximo da pessoa e família, o que lhe permite um maior conhecimento sobre as necessidades, condições e situações vivenciadas, tendo o papel de fomentar o desenvolvimento do potencial máximo de saúde da pessoa, permitindo a aquisição de conhecimentos, capacidades e habilidades. Pretende-se que a pessoa seja capaz de enfrentar as várias situações de saúde, organizando o sistema pessoal e familiar, ultrapassando todos os fatores geradores de stress, demonstrando adaptação à nova realidade de saúde, dando resposta às necessidades sentidas (Padilha, 2006).

Todavia, nas situações de institucionalização (lares), segundo Davies, Ellis e Laker (2000), verifica-se a passividade dos clientes e o aumento da dependência nas atividades do autocuidado, amplificada pelas normas e estrutura física. Realidade que invoca a necessidade do desenvolvimento de um novo caminho para a disciplina de Enfermagem, de modo a acompanhar as pessoas mais vulneráveis que vivenciam um novo processo ocorrido por alterações na vida, saúde, ambiente e relações interpessoais (Meleis *et al.*, 2000).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2007), a disciplina de Enfermagem alicerça-se no conhecimento sobre as respostas humanas aos problemas de saúde e processos de vida

vivenciados pelo indivíduo, alvo de cuidados; conhecimento no qual se insere o autocuidado, tornando-o numa temática atual, com necessidade de investigação de modo a promover a autonomia e independência dos idosos, otimizando a sua saúde e bem-estar, o que se constitui como um dos maiores desafios para o sistema de saúde, para as instituições, para os enfermeiros e para as pessoas e famílias.

Para tal, demonstra-se prioritário, tal como Orem (1993) refere, avaliar de modo rigoroso a dependência dos idosos, identificando o cuidado que requerem, atendendo à sua resposta funcional e às potencialidades para o autocuidado, de modo a promover intervenções que se revelem como uma ajuda efetiva para a autonomia da pessoa.

Esta avaliação complementa-se ainda com a identificação e compreensão do perfil de autocuidado e fatores envolventes, por forma a conhecer como o indivíduo age face à saúde/doença. Temática que se apresenta com elevada relevância para a prática clínica de Enfermagem.

2. METODOLOGIA

Numa investigação é imprescindível tomar decisões quanto aos métodos utilizados para abordar o conceito de interesse, expondo o caminho traçado e as opções de desenvolvimento através de um plano lógico com vista a obter respostas válidas às questões de investigação e objetivos formulados (Fortin, 1999; Polit, Beck e Hungler, 2004). Estas decisões têm implicações para a integridade, leitura e utilidade clínica dos resultados e referem-se à definição do método, identificação da população e amostra, seleção de técnicas de recolha e análise de dados (Fortin, 1999).

Deste modo, o presente capítulo reflete a definição da finalidade e objetivos da pesquisa, ponto de partida para a exposição do desenho e variáveis em estudo, a identificação da população e amostra, procedimentos de recolha de dados, culminando com a apresentação das questões éticas.

2.1. Finalidade E Objetivos

O Perfil do Autocuidado apresenta-se como uma temática de extrema importância para a manutenção e reconstrução da autonomia dos clientes dos cuidados de saúde e tem sido visto como uma área de interesse para a investigação em Enfermagem, verificável pelos diversos estudos em curso. Backman e Hentinen (1999, 2001) apresentam este constructo como um dos desafios para a enfermagem, podendo ainda ser encarado como um condicionalismo para a prática do Autocuidado.

Esta investigação pretende, deste modo, ser um contributo para aprofundar esta problemática, aumentando o conhecimento e compreensão sobre o fenómeno e nessa

medida poder contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem, sendo essa a sua finalidade.

Neste sentido, estabelecendo a ponte entre o problema e o plano lógico adotado para obter respostas, delimitamos os objetivos, sendo eles:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e a condição de saúde das pessoas institucionalizadas em lares e similares do concelho do Porto;
- Caracterizar o tipo e nível de dependência das pessoas institucionalizadas em lares e similares do concelho do Porto;
- Identificar o perfil de autocuidado predominante das pessoas institucionalizadas em lares e similares do concelho do Porto; e,
- Descrever o perfil de autocuidado das pessoas institucionalizadas em lares e similares, do concelho do Porto.

Após compreensão da finalidade do estudo e seus objetivos, torna-se pertinente proceder à descrição da planificação adotada na investigação.

2.2. Desenho Do Estudo

Numa investigação é necessário precisar como o fenómeno a pesquisar será integrado no plano de trabalho, para a realização efetiva do projeto de investigação (Fortin, 1999).

Tendo em conta os objetivos expostos anteriormente, compreende-se que este estudo se inscreva no paradigma quantitativo, tendo por intuito descrever e verificar relações entre variáveis, investigando constructos, ou seja, estando mais focado nas características e regularidades da amostra (Fortin, 1999).

Também se trata de um estudo não experimental descritivo e exploratório, tendo em conta que se documenta e comunica a experiência, explorando e descrevendo fenómenos e características da amostra, assim como identificando relações entre variáveis (Fortin, 1999). Neste caso, observa-se, descreve-se e documenta-se os aspetos no seu contexto natural, sem manipulação das variáveis (Polit, Beck e Hungler, 2004).

Por fim, também estamos perante um estudo de carácter transversal, onde os dados são obtidos apenas num único momento temporal (Fortin, 1999; Polit, Beck e Hungler, 2004).

Deste modo, será possível identificar e descrever os perfis de autocuidado dos participantes do estudo.

2.3. Variáveis Em Estudo

Em qualquer estudo, o investigador necessita de estar atento a todas as propriedades que assumem diferentes valores e podem influenciar os resultados (Lobiondo-Wood, 2001), sendo que essas propriedades são designadas de variáveis.

De acordo com Fortin (1999), variável é quando um conceito é colocado em ação numa investigação; refere-se a qualidades, características ou propriedades de objetos ou pessoas em estudo. Estas podem ser classificadas de diferentes modos, de acordo com a sua utilização na investigação.

Neste estudo específico identificam-se dois grupos de variáveis. Um grupo engloba as variáveis de atributo, que caracterizam os sujeitos do estudo, possibilitando traçar o seu perfil e a sua escolha é determinada de acordo com as necessidades do estudo (Fortin, 1999). Neste grupo incluímos a caracterização sócio-demográfica, assim como o compromisso nos processos corporais e nível de dependência nos diversos domínios de Autocuidado.

Um outro grupo de variáveis presente neste estudo é denominado por variável dependente, que corresponde ao conceito central do estudo, ou seja, o Perfil de Autocuidado.

As variáveis deverão ser passíveis de operacionalização, o que significa defini-las de modo que possam ser medidas ou manipuladas numa situação concreta (Fortin, 1999).

Na tabela seguinte, será possível verificar de modo mais sintético as variáveis adotadas, assim como a sua caracterização.

Tipo de Variável	Variáveis	Tipo	Valores
Variável de Atributo	Compromissos nos Processos Corporais (Condição de Saúde)	Qualitativa Nominal Dicotômica	1 – Sim 2 - Não
	Itens relativos ao Nível de dependência (Autocuidado)	Qualitativa Ordinal	1 – Dependente, não participa 2 – Necessita de ajuda de pessoa 3 – Necessita de equipamento 4 – Completamente independente
	Contexto	Qualitativa Nominal	1 – Hospital 2 – Centro de saúde 3 - Lar
	Local de residência	Qualitativa Nominal	1 – Área Urbana 2 – Área rural
	Sexo	Qualitativa Nominal Dicotômica	1 – Masculino 2 - Feminino
	Idade	Qualitativa	Em anos completos
	Estado civil	Qualitativa Nominal	1 – Casado(a)/ União de facto 2 – Solteiro (a) 3 – Viúvo (a) 4 – Divorciado (a)
	Atividade Profissional	Qualitativa Nominal	1 – Trabalhador ativo 2 – Reformado 3 - Desempregado
	Residência	Qualitativa Nominal	1 – Casa 2 - Instituição
Variável Dependente	Itens relativos ao “Perfil de Autocuidado” (42 afirmações)	Qualitativo Ordinal	1 – Discordo totalmente 2 – Discordo parcialmente 3 – Nem concordo nem discordo 4 – Concordo parcialmente 5 – Concordo totalmente

Tabela 1: Variáveis incluídas no estudo

Neste estudo, as variáveis de atributo serão avaliadas através do instrumento desenvolvido na ESEP (Anexo I), utilizado pela primeira vez por Duque (2009) e largamente utilizado noutros estudos de mestrado e doutoramento, em Portugal. Quanto às variáveis Dependentes, relativas ao Perfil de Autocuidado dos sujeitos da amostra, são avaliadas com base no instrumento - parte do formulário - construído por Backman e Hentinen (1999, 2001), Anexo II.

2.4. População E Amostra

A população de uma investigação, segundo Fortin (1999) refere-se a todos os elementos com características comuns, definidas e estabelecidas no estudo. Assim, o investigador caracteriza a população através de critérios de seleção, definindo o grupo de sujeitos que será incluído. Neste estudo a população é constituída por todas as pessoas institucionalizadas em lares e similares no concelho do Porto.

A amostra surge como um subconjunto dessa população, o grupo de pessoas da população que o investigador integra no estudo. Neste caso específico, sustenta-se numa amostra não probabilística, de conveniência, uma vez que os elementos que integram o estudo resultam de uma seleção não aleatória, facilmente acessíveis ao investigador e presentes num local determinado e momento preciso (Fortin, 1999; Polit, Beck e Hungler, 2004). De acordo com os mesmos autores, este método de amostragem não probabilística revela-se limitativa quanto à generalização dos resultados.

Para este estudo consideram-se os sujeitos com idade superior a 18 anos que se encontrassem institucionalizados no Lar Rainha Dona Beatriz e no Lar Montes dos Burgos no período de 30 de novembro de 2011 a 31 de março de 2012, e que aceitassem integrar o estudo. Também foi tido em conta, como critério de inclusão, que os elementos da amostra evidenciassem capacidades cognitivas para responder ao formulário. Torna-se evidente o critério temporal para a constituição da amostra, condicionado não só devido à presença do participante cumulativamente ao investigador naquele preciso momento, mas também pela capacidade e disponibilidade do cliente para participar na recolha de dados.

2.5. Procedimentos De Recolha De Dados

Face ao anteriormente exposto, de modo a concretizar os objetivos estipulados para o estudo, optou-se por uma abordagem de auto-relato estruturada para a colheita de dados

de acordo com os autores Polit, Beck e Hungler (2004). Mais especificamente recorreu-se à utilização de formulário.

Esta é uma técnica que permite colher informação sobre os indivíduos, acontecimentos e situações assim como também sobre crenças, atitudes e intenções dos participantes do estudo (Fortin, 1999).

Neste estudo em concreto, tendo em conta a idade dos participantes e possíveis limitações na leitura e escrita, e com o intuito de esclarecer eventuais dúvidas no decorrer da colheita de dados e alargar a representação dos participantes, optou-se pela utilização do formulário, instrumento onde existe contacto face a face com o participante, sendo preenchido pelo investigador (Marconi e Lakatos, 2003).

Para a caracterização da amostra quanto ao compromisso dos processos corporais, tipo e nível de dependência foi utilizado o instrumento “Nível de Dependência no Autocuidado”, desenvolvido por um grupo de docentes da ESEP, e implementado pela primeira vez por Duque (2009).

O instrumento é constituído inicialmente por parâmetros que caracterizam o participante quanto ao compromisso dos processos corporais, nomeadamente rigidez articular, úlceras de pressão, desidratação, má nutrição, queda, eritema pelas fraldas e estado mental, sendo identificada a sua presença/ausência. De seguida, é constituído por 10 itens que correspondem a cada domínio do Autocuidado (Tomar banho, Vestir-se/ Despir-se, Alimentar-se, Arranjar-se, Cuidar da higiene pessoal, Auto-elevar-se, Usar o sanitário, Transferir-se, Virar-se e Usar cadeira de rodas), sendo que cada item possui diversos indicadores que o concretizam. Da avaliação de cada indicador resulta uma classificação de score de 1 a 4 (Dependente, não participa; Necessita de ajuda de pessoa; Necessita de equipamento; Completamente independente), numa escala de *Likert*.

Este instrumento demonstrou-se de fácil preenchimento e com utilidade clínica aquando a sua utilização nos estudos desenvolvidos por Duque (2009) e Silva (2011) em meio hospitalar e comunitário, respetivamente. De salientar ainda que a sua aplicação evidenciou uma elevada fidelidade e robustez do instrumento.

Quanto à avaliação do perfil de autocuidado, recorreu-se a parte do instrumento desenvolvido por Räsänen, Backman e Kyngas (2007) intitulado de Self-Care of Home Dwelling Elderly (SCHDE).

A versão original continha cinco dimensões: *perfil de autocuidado*; orientação para o autocuidado; auto-estima; satisfação com a vida e capacidade funcional, e foi desenvolvida

por Zeleznik num estudo finlandês e esloveno em 2007. Posteriormente foi realizada a sua tradução a validação para a língua inglesa. Para este estudo considerou-se apenas a dimensão respeitante ao perfil do autocuidado, formulário composto por 42 questões, resultado da tradução da versão inglesa, realizada por um grupo de docentes da ESEP. Da avaliação de cada questão resulta a sua classificação num score de 1 a 5 (discordo totalmente; discordo; nem concordo nem discordo; concordo; concordo totalmente), numa escala de *Likert*. Esta versão (portuguesa) foi utilizada pela primeira vez por Sequeira em 2011, sendo que os resultados obtidos demonstram, relativamente à fidelidade, valores de consistência interna semelhantes aos obtidos nos estudos originais e passíveis de se considerarem “razoáveis”.

Para este estudo e atendendo à particularidade da amostra (pessoas institucionalizadas), das 42 questões, a questão “vou continuar a viver em minha casa, mesmo que fique muito doente” não é passível de ser respondida.

2.5.1. Fidelidade E Validade Dos Instrumentos

Apesar da pesquisa desenvolvida não corresponder a um estudo metodológico, como os conceitos que estão na sua base não podem ser medidos diretamente e sendo através de instrumentos que obteremos respostas às questões de investigação torna-se essencial avaliar algumas propriedades psicométricas (fidelidade e validade) dos instrumentos utilizados, o que determina a qualidade dos mesmos (Fortin, 1999; Polit, Beck e Hungler, 2004).

A fidelidade de um instrumento é condição prévia à validade e demonstra que se obterão os mesmos resultados junto dos mesmos sujeitos, uma ou mais vezes se as mesmas condições se mantiverem, ou seja, demonstra a precisão e a constância dos resultados (Fortin, 1999). Tendo em conta que o nosso estudo se desenrola num único momento, na presença de um único investigador para colheita de dados de um participante, a metodologia mais adequada para avaliação da fidelidade do instrumento refere-se à consistência interna, que corresponde à homogeneidade dos enunciados do instrumento de medida e habitualmente é utilizada a estatística de alfa de *Cronbach*.

Assim, relativamente ao instrumento “Nível de Dependência no Autocuidado”, verifica-se que de acordo com os estudos desenvolvidos por Duque (2009) e Silva (2011), apresenta valores de α de *Cronbach* de 0,90, o que indica que o instrumento gera poucos erros, ou seja, é considerado como “altamente fiel” (Fortin, 1999).

Quanto ao alfa de *Cronbach* do instrumento “Perfil de Autocuidado”, nos estudos desenvolvidos por Zeleznik (2007), estudo que nos serve de referência, apresentou valores de alfa de *Cronbach* de 0,7, o que é considerado “razoável”. Em outros estudos, desenvolvidos em Portugal, verificou-se alguma variância nos valores, $\alpha = 0,65$ (Sequeira, 2011), $\alpha = 0,48$ (Rodrigues, 2011) e $\alpha = 0,64$ (Mota, 2011). Esta diferença apresenta como possível justificação a natureza da amostra, mais especificamente a sua dimensão.

Neste estudo, o valor de alfa de *Cronbach* encontrado foi de 0,46, possivelmente afetado pela dimensão da amostra, o que invoca cautela na interpretação dos dados. Dos 186 participantes, apenas pudemos considerar válidos os formulários dos participantes que não possuíam compromisso do estado mental. Outro facto a ter em conta nesta avaliação refere-se ao facto dos participantes estarem institucionalizados. Assim, um dos enunciados deste formulário não foi preenchido (‘ou continuar a viver em minha casa, mesmo que fique muito doente’), o que também influencia a avaliação da fidelidade do instrumento de medida.

Quanto à validade de um instrumento de medida, esta indica que o instrumento mede realmente o que pretende medir, indica a precisão com que os conceitos estão representados nos enunciados do instrumento. A validade pode ser avaliada por três formas: validade de conteúdo, validade de constructo e validade ligada a um critério (Fortin, 1999; Polit, Beck e Hungler, 2004).

A validade de conteúdo encontra-se relacionada com a conceptualização e construção do constructo e avalia se o enunciado representa de forma adequada o conceito a medir. Para estabelecer a validade de conteúdo, os enunciados devem estar fundamentados num quadro teórico (Fortin, 1999; Polit, Beck e Hungler, 2004). Quanto à validade dos instrumentos utilizados neste estudo (“Nível de Dependência no Autocuidado” e “Perfil de Autocuidado”), encontram-se sustentados nos estudos teóricos realizados sobre o conceito de Autocuidado de Backman e Hentinen (1999; 2001), e nessa medida admitimos que os instrumentos utilizados são capazes de avaliar o nível e tipo de dependência e os perfis de autocuidado de acordo com o constructo estudado pelas autoras Backman e Hentinen.

A avaliação da validade de constructo, validação da estrutura teórica subjacente ao instrumento de medida, surge como o desafio mais difícil e longo segundo Polit, Beck e Hungler (2004). Esta avaliação reflete sobre qual o constructo que o instrumento de medida avalia, assim, quanto mais abstrato for o conceito, mais difícil de medir se torna, o que sugere a necessidade de um referencial teórico sólido quanto ao conceito em estudo. Relativamente a este facto os estudos que servem de referência quanto ao constructo são os estudos de Backman e Hentinen (1999; 2001), sobre o autocuidado e perfil de autocuidado, o que neste caso, será de mencionar a construção biográfica dos perfis de autocuidado e a harmonia e compreensão por parte dos participantes sobre o fenómeno em questão.

Por fim, a validade ligada a um critério refere-se à relação dos fatores externos (critério) na obtenção de resultados; aqui torna-se difícil de definir o critério, assumindo a escala uma novidade na prática de enfermagem.

Após avaliação da validade do instrumento de medida sobre os perfis de autocuidado, assume-se que a sustentação teórica é sólida, pelo que apresentam validade uma vez que este instrumento avalia o constructo que pretende medir.

Assim, assume-se que os instrumentos utilizados para a colheita de dados apresentam fidelidade e validade.

2.6. Aspetos Éticos

A colheita de dados decorreu no período compreendido entre 30 de novembro de 2011 e 31 de março de 2012 aos residentes do Lar Rainha D. Beatriz e Lar Monte dos Burgos, do concelho do Porto, após ser concedida autorização por parte da direção do lar para realização do estudo (Anexo III e IV).

A participação dos indivíduos no estudo foi determinada através da sua presença, enquanto residentes dos lares em questão, simultaneamente à presença do investigador (autora do relatório), e preenchimento dos critérios de inclusão na amostra. Os participantes foram informados previamente sobre o teor da investigação e assinaram o termo do consentimento informado, juntamente com o investigador (Anexo V). Foram

respeitados e garantidos os direitos de todos os intervenientes na investigação (Carmo e Ferreira, 1998), nomeadamente de sigilo e confidencialidade.

Cada entrevista teve a duração de 30 a 45 minutos, tempo determinado pela envolvência de cada participante no estudo, pois algumas das questões apresentavam alguma carga emocional, proporcionando uma maior reação do participante o qual, para além da resposta à questão, relatava episódios com ela relacionados. Foi sempre explicado o sentido das questões, na medida da compreensão de cada um, tal como a finalidade da utilização dos formulários, com o fim de aumentar a perceção e a adesão dos participantes. O local específico para a colheita de dados foi determinado sempre pelo participante.

A utilização dos instrumentos de medida referidos neste relatório foi precedida da respetiva autorização por parte da entidade detentora dos direitos de tradução (Anexo VI).

Cada formulário foi identificado apenas por um código, número atribuído ao acaso; posteriormente, os dados foram transcritos para uma base de dados do SPSS v. 20, construída para o efeito. Os formulários foram posteriormente destruídos após inspeção da base de dados, de modo a detetar “erros ou dados aberrantes”.

3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo pretende-se comunicar os dados obtidos através da recolha de dados bem como a sua interpretação e discussão à luz da melhor evidência disponível. Esta apresentação encontra-se organizada de acordo com os objetivos, permitindo uma abordagem mais compreensiva. Assim, iniciamos pela caracterização da amostra a nível socio-demográfico, compromisso dos processos corporais e tipo e nível de autocuidado, culminando com a caracterização do perfil de autocuidado dos participantes.

3.1. Caracterização Sociodemográfica Da Amostra

No presente estudo a amostra é constituída por 186 participantes, indivíduos que se encontravam internados no lar Rainha D. Beatriz e Lar Montes dos Burgos no período de colheita de dados referido e que preenchiam os critérios estipulados. Possuem idades compreendidas entre os 46 e os 104 anos, com uma média de idades de 75 anos, sendo que mais de 50% dos participantes possui idade superior a 82 anos (Tabela 2).

Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Moda
46	104	75	79	Multimodal (79, 84, 86)

Tabela 2: Caracterização da amostra em função da Idade

De salientar que, quanto ao sexo, a amostra é constituída por 66 homens e 120 mulheres o que corresponde a 35,5% e 64,5%, respetivamente. Todos possuem em comum o contexto onde residem (lar/Instituição – 100%), assim como a área de residência a que pertencem (urbana - 100%).

Comparativamente aos estudos desenvolvidos por Räsänen, Backman e kyngas (2007) e Zeleznik (2007), o resultado quanto às idades é similar, tendo em conta que o grupo alvo é

o mesmo; relativamente ao sexo também neste estudo predominam as mulheres, porém neste caso os participantes encontram-se na sua totalidade institucionalizados e o seu local de residência refere-se à área urbana.

É possível ainda caracterizar os participantes quanto à atividade profissional; a maioria (99,5%) encontra reformada – tabela 3, e apenas um elemento (0,5%) mantém a condição de trabalhador ativo. Quanto ao estado civil a amostra é constituída em 64,5% por indivíduos em estado de viuvez, 26,3% são solteiros, 6,5% casados ou em união de facto e 2,7% divorciados. Neste caso, tal como nos estudos de Räsänen, Backman e Kyngäs (2007) e Zeleznik (2007), predomina a viuvez como estado civil.

Variáveis sociodemográficas	N	(%)	Σ (%)
Sexo			
Feminino	120	64,5 %	64,5 %
Masculino	66	35,5 %	100 %
Contexto			
Lar	186	100%	100%
Residência			
Instituição	186	100%	100%
Local de residência			
Área Urbana	186	100%	100%
Atividade Profissional			
Reformado (a)	185	99,5%	99,5%
Trabalhador (a) Ativo (a)	1	0,5%	100%
Estado civil			
Casado (a)/ União de facto	12	6,5%	6,5%
Solteiro (a)	49	26,3%	32,8%
Viúvo (a)	120	64,5%	97,3%
Divorciado (a)	5	2,7%	100%

Tabela 3: Caracterização da amostra em função das variáveis sociodemográficas

3.2. Caracterização Da Amostra Em Função Do Compromisso Dos Processos Corporais

Após a caracterização do perfil sociodemográfico da amostra, segue-se a caracterização da amostra em função do compromisso dos processos corporais (condição de saúde).

Este revela-se um aspeto importante na caracterização da amostra uma vez que a presença ou ausência de determinada condição de saúde pode ser vista como um condicionalismo para o exercício do autocuidado. Estes fatores são mencionados por Backman e Hentinen (1999) como capacidade funcional, identificado como fator interno que influencia a prática do autocuidado e como pré-requisito para o mesmo (Backman e Hentinen, 2001). Por seu turno, Zeleznik (2007) refere a capacidade funcional como o fator major que interfere no autocuidado.

Focando-nos apenas nos compromissos dos processos corporais (Tabela 4), de acordo com o ICN, nomeadamente úlceras de pressão, quedas e hidratação entre outras, verifica-se que o processo corporal comprometido que mais prevalece refere-se à rigidez articular com 38 dos casos o que corresponde a 20,4%; pelo contrário, o processo corporal menos evidente é o eritema da fralda com 1 caso (0,5%). Quanto à presença de úlceras de pressão e má nutrição encontram-se 12 casos (6,5%), e nas quedas e desidratação 18 casos (9,7%) cada.

Processos corporais	N	(%)
Quedas	18	9,7%
Eritema da fralda	1	0,5%
Úlceras de pressão	12	6,5%
Amplitude articular	38	20,4%
Má nutrição	12	6,5%
Desidratação	18	9,7%

Tabela 4: Caracterização da amostra em função dos processos corporais em compromisso

Um outro aspeto relevante na caracterização da amostra, condicionante para a prática do autocuidado e para a participação dos clientes na resposta ao formulário “Perfil de Autocuidado” refere-se ao estado mental dos participantes. Esta variável foi estudada através de cinco possibilidades, nomeadamente: saber o mês atual; saber o local onde vive; repetir três palavras; fazer cálculos simples; e identificar objetos comuns. Nestes aspetos verificou-se que 86 participantes (46,2%) possuem todas as suas capacidades mentais, enquanto 100 participantes correspondente a 53,8% dos casos apresenta défice em pelo menos um dos aspetos mencionados anteriormente. A distribuição do comprometimento a nível mental encontra-se em síntese no Tabela 5.

Condição de saúde – Estado Mental	N	(%)	Σ (%)
Estado Mental			
Sim	86	46,2%	46,2%
Não	100	53,8%	100 %
Estado Mental – Sabe em que mês está			
Sim	94	50,5%	50,5%
Não	92	49,5%	100%
Estado Mental – Sabe em que terra vive			
Sim	135	72,6%	72,6%
Não	51	27,4%	100%
Estado Mental – Repete três palavras			
Sim	138	74,2%	74,2%
Não	48	25,8%	100%
Estado Mental – Faz cálculos simples			
Sim	100	53,8%	53,8%
Não	86	46,2%	100%
Estado Mental – Identifica objetos comuns			
Sim	144	77,4%	77,4%
Não	42	22,6%	100%

Tabela 5: Caracterização da amostra em função do estado mental

Assim, verifica-se a presença de compromisso nas capacidades funcionais dos participantes, principalmente quanto ao estado mental, o que interfere com a compreensão das perguntas e desenvolvimento da investigação.

3.3. Caracterização Da Amostra Em Função Do Tipo E Nível De Dependência No Autocuidado

Outra variável em estudo foi o tipo e nível de dependência do participante no Autocuidado, para a qual foi necessário o recurso ao Instrumento “Nível de dependência no Autocuidado” (Duque, 2009). Este instrumento encontra-se dividido em 10 itens que correspondem a cada domínio de Autocuidado (Tomar banho, Vestir-se/Despir-se, Alimentar-se, Arranjar-se, Cuidar da higiene pessoal, Auto-elevar-se, Usar o sanitário, Transferir-se, Virar-se e Usar cadeira de rodas), sendo que cada item possui diversos

indicadores que o concretizam. Assim, para realizar a avaliação, cada indicador deverá ser caracterizado num score de 1 a 4, numa escala de *Likert*, onde:

- Score 1 – “Dependente, não participa” – cliente totalmente dependente, não é capaz de realizar a atividade de autocuidado.
- Score 2 – “Necessita de ajuda de pessoa” – cliente que inicia e/ou completa a atividade de autocuidado, somente com ajuda de uma pessoa.
- Score 3 – “Necessita de equipamento” – cliente capaz de realizar a atividade de autocuidado, apenas com auxílio de equipamento adaptativo, sem colaboração de outrem.
- Score 4 – “Completamente independente” – cliente que realiza a atividade de autocuidado, sem qualquer tipo de ajuda.

Através da caracterização de cada indicador é possível verificar o nível de dependência da pessoa num determinado domínio de Autocuidado.

Assim, para determinar a dependência a nível global, de acordo com Duque (2009), considera-se:

- **Dependente, não participa** – casos que obtiveram *score* 1 em todos os indicadores de um determinado domínio de Autocuidado;
- **Completamente independente** – casos que obtiveram *score* 4 em todos os indicadores de um determinado domínio de Autocuidado;
- **Necessita de equipamento** – dos casos que não foram categorizados nas categorias anteriores; aqueles que só “Necessitam de Equipamento”; ou seja, casos que só apresentam (nos diferentes indicadores) *scores* > 2; podendo em alguns dos indicadores apresentar *score* 4.
- **Necessita de ajuda de pessoa** – os restantes casos. Isto é, casos que não foram categorizados em nenhuma dos três itens anteriores. Deste modo, inclui-se todos os casos em que pelo menos um dos indicadores em análise apresenta *score* 2.

Face ao exposto, na tabela seguinte apresenta-se o nível global de dependência dos participantes deste estudo.

Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de Equipamento	Completamente Independente	Total
25 (13,4%)	128 (68,8%)	0 (0%)	33 (17,8%)	186 (100%)

Tabela 6: Caracterização da amostra em função da dependência de autocuidado

Salienta-se que 17,8% dos participantes (33 casos) são totalmente independentes em todos os domínios do autocuidado, em contrapartida, 13,4% encontra-se totalmente dependente em todos os domínios do autocuidado (25 casos), ou seja, mais de ¼ da amostra deste estudo possui alguma dependência no autocuidado. Este facto encontra-se em concordância com a evidência demonstrada por Araújo, Paúl e Martins (2011) que referem que a dependência severa surge nas atividades de autocuidado e afetam ¾ dos idosos.

Também é possível analisar a dependência dos participantes por domínio do autocuidado como apresentado na tabela seguinte.

Domínios do Autocuidado	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de Equipamento	Completamente Independente	Total
Tomar banho	47 (25,3%)	95 (51,1%)	0 (0%)	44 (23,7%)	186 (100%)
Vestir-se / Despir-se	46 (24,7%)	78 (41,9%)	0 (0%)	62 (33,3%)	186 (100%)
Alimentar-se	26 (14%)	16(8,6%)	0 (0%)	144 (77,4%)	186 (100%)
Arranjar-se	51 (27,4%)	87 (46,8%)	0 (0%)	48 (25,8%)	186 (100%)
Cuidar da higiene pessoal	45 (24,2%)	55 (29,5%)	0 (0%)	86 (46,2%)	186 (100%)
Auto elevar-se	38 (20,4%)	23 (12,4%)	0 (0%)	125 (67,2%)	186 (100%)
Usar o sanitário	45 (24,2%)	39 (21%)	0 (0%)	102 (54,8%)	186 (100%)
Transferir-se	43 (23,1%)	22 (11,8%)	0 (0%)	121 (65,1%)	186 (100%)
Virar	39 (21%)	18 (9,7%)	0 (0%)	129 (69,4%)	186 (100%)
Usar cadeira de rodas	12 (41,4%)	13 (44,8%)	0 (0%)	4 (13,8%)	29 (100%)

Tabela 7: Caracterização da amostra em função da dependência por domínio de autocuidado

Desta análise verifica-se que cerca de 1/4 dos participantes (20%-28%) é dependente em pelo menos um dos domínios do Autocuidado, com exceção do Autocuidado Alimentar-se.

A maioria (46%-75%) dos casos que fizeram parte da amostra são completamente independentes em domínios como Cuidar da higiene pessoal, Alimentar-se, Auto-elevar-se, Usar o sanitário, transferir-se e Virar.

No Autocuidado Tomar Banho, Vestir/Despir-se, Arranjar-se e Usar a cadeira de rodas concentra-se um elevado número de participantes com nível significativo de dependência para a sua realização.

Quanto ao domínio usar cadeira de rodas, o número total de participantes é de apenas 29 casos, uma vez que dos 186 indivíduos, só estes utilizavam cadeira de rodas.

Nesta análise sobre o autocuidado dos participantes é-nos possível averiguar a dependência em cada domínio em particular, verificando as atividades que os concretizam onde os participantes apresentam maior dependência (Anexo VIII).

Relativamente aos domínios de autocuidado identificados como os que apresentam maior dependência dos participantes verifica-se que as atividades que apresentam maior dependência são: 'obter objetos para o banho', 'lavar-se no chuveiro', 'lavar e secar o corpo', quanto ao autocuidado tomar banho (68,8%-74,2%); 'escolher roupas' no autocuidado vestir-se/despir-se (64,5%); e 'cuidar das unhas' no autocuidado arranjar-se (72,6%).

Nos autocuidados identificados como os que apresentam maior independência dos participantes verificamos que os participantes são independentes em atividades como 'pegar e beber por copo ou chávena' no autocuidado alimentar-se (86%); 'lavar as mãos' no autocuidado cuidar da higiene pessoal (64%); e 'ocupar, desocupar', 'posicionar-se' e 'erguer-se da sanita' no autocuidado usar o sanitário (64% – 64,5%).

No global a atividade com maior dependência refere-se à realização de manobras em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada e rápida para pessoas que necessitam de utilizar a cadeira de rodas; pelo contrário a atividade que possui mais participantes independentes refere-se ao autocuidado alimentar-se na atividade 'pegar e beber por copo ou chávena'.

Em síntese, e face a todos os dados recolhidos quanto às variáveis de atributo que caracterizam a amostra (sócio-demográficos, compromisso dos processos corporais e tipo e nível de dependência no Autocuidado), salienta-se que os participantes apresentam uma idade média de 75 anos e são maioritariamente mulheres. Apresentam compromisso dos processos corporais essencialmente quanto ao estado mental, o que afeta diretamente a colheita de dados na investigação. Relativamente à caracterização quanto à dependência, 1/4 dos elementos da amostra são totalmente dependentes nos diversos domínios do autocuidado. Os domínios do autocuidado com um nível mais significativo de dependência abrange o tomar banho, vestir-se/despir-se e usar cadeira de rodas.

3.4. Caracterização Da Amostra Em Função Do Perfil De Autocuidado

O perfil de Autocuidado nesta investigação é a variável dependente em estudo. Refere-se ao comportamento de prática de autocuidado adotado pelos indivíduos e relacionados com as suas características individuais, adaptações específicas e influenciado pela situação atual e expectativas quanto ao futuro (Backman e Hentinen, 2001).

De acordo com os estudos desenvolvidos por Backman e Hentinen (1999; 2001), Räsänen, Backman e Kyngas (2007) e Zeleznik (2007) é possível identificar os conjuntos de itens ou questões do instrumento “Perfil de Autocuidado” que caracterizam cada um dos perfis teóricos do autocuidado (Anexo VII).

Com base nas questões que caracterizam cada perfil de autocuidado calculámos o *score* médio de cada um dos quatro perfis, para cada um dos participantes que constituem a amostra. Assim, cada participante adquire um novo *score* relativamente a cada um dos perfis de autocuidado numa escala de *Likert* (de 1 a 5).

Desta análise constatou-se a existência de um grande número de casos com *scores* altos nos quatro perfis de autocuidado, ou ainda *scores* baixos e equivalentes em mais do que um perfil. Nestes casos poderemos categorizá-los de “indefinidos”, realidade verificável nos estudos que nos servem de referência, nomeadamente Zeleznik (2007, Eslovénia) e Sequeira (2011, Portugal).

Contudo, com o intuito de aumentar o potencial de discriminação dos perfis de autocuidado dos participantes, evoluímos para a definição de questões específicas para cada um dos perfis de autocuidado definidos pelas autoras de referência do nosso estudo (Backman e Hentinen, 1999, 2001). Estas questões “mais específicas” (Tabela 7) surgem da consensualização de um grupo de peritos da ESEP, com base nos pressupostos teóricos de Backman e Hentinen (1999), sendo já utilizadas no estudo desenvolvido por Sequeira (2011).

Partindo já destas questões “mais específicas”, calculámos um novo *score* médio para cada participante e para cada perfil de autocuidado, compreendido entre 1 e 5 numa escala de *Likert*.

Perfil de autocuidado	Questões específicas
Autocuidado Responsável	<p>22-Eu quero ser responsável pela minha medicação.</p> <p>24-A minha cooperação com os médicos e os enfermeiros é natural e de igual para igual.</p> <p>25-Eu conheço os meus problemas de saúde e baseado(a) nessa informação, dada por especialistas, também sei como os devo tratar.</p> <p>37-Os meus dias estão cheios de atividades significativas e estimulantes.</p>
Autocuidado Formalmente Guiado	<p>27-Tomo obedientemente todos os medicamentos receitados pelos médicos.</p> <p>28-Não preciso de saber para que doenças são os medicamentos que tomo, confio no meu médico.</p>
Autocuidado Independente	<p>30-Uso os meus próprios meios para tratar as doenças diagnosticadas pelo médico em vez de procurar ajuda.</p> <p>45-Eu trato das minhas próprias necessidades e não necessito da ajuda de ninguém.</p> <p>48-Vou continuar a viver em minha casa, mesmo que fique muito doente.</p>
Autocuidado de Abandono	<p>21- A minha vida é dominada pela dor, sofrimento e outros problemas de saúde.</p> <p>46-Estou dependente da ajuda da minha família e de amigos.</p> <p>50-Sinto que já não sirvo para nada.</p>

Tabela 8: “Questões específicas” de cada perfil de autocuidado (Adaptado de Sequeira, 2011)

A identificação do perfil (final) de autocuidado de cada um dos participantes tem por base a análise conjunta dos resultados de score de todos os perfis, ou seja, o participante apresenta o perfil que possui o *score* mais elevado (mais próximo de cinco), devendo nos restantes três perfis apresentar *scores* mais baixos.

Para a identificação do perfil de autocuidado para cada caso foi necessário, em concordância com o estudo de Sequeira (2011), utilizar os seguintes critérios:

- **Perfil indefinido alto** – casos que possuam *scores* nos quatro perfis de autocuidado $\geq 3,5$.
- **Perfil indefinido baixo** – casos que possuam *scores* nos quatro perfis de autocuidado < 3 .
- **Perfil puro** – casos que possuam um *score* num perfil específico de autocuidado $\geq 4,5$ e, necessariamente, nos restantes perfis de autocuidado *scores* ≤ 3 .
- **Perfil predominante (de um tipo)** – casos que possuam *score* num perfil específico de autocuidado ≥ 4 e, necessariamente, nos restantes perfis de autocuidado *score* $< 3,5$.
- **Perfil indefinido** – casos que não apresentam nenhuma das características expostas anteriormente.

Neste sentido, verificamos a existência de onze categorias ou perfis (teóricos) de autocuidado possíveis – quatro perfis puros, quatro perfis predominantemente de um tipo e três categorias de casos indefinidos (indefinidos “altos”, “baixos” e “restantes”).

Na tabela seguinte, será possível observar a distribuição dos casos que compõem a nossa amostra quanto à caracterização do perfil de autocuidado, sendo que das onze categorias de perfil de autocuidado, algumas não incluem qualquer participante.

Perfil de Autocuidado	N	(%)
Formalmente Guiado Puro	14	16,2
Abandono Puro	1	1,2
Predominantemente Responsável	1	1,2
Predominantemente Formalmente Guiado	7	8,1
Predominantemente Independente	1	1,2
Predominantemente Abandono	1	1,2
Indefinidos	61	70,9
Total	86	100,0

Tabela 9: Distribuição da amostra em função do perfil de autocuidado

O perfil de autocuidado (puro e predominantemente de um tipo) que predomina na amostra em estudo é o perfil de autocuidado formalmente guiado em 16,2%. Atendendo às características deste perfil teórico e à amostra em questão, este é um resultado esperado, ou seja, de acordo com as características do perfil, as pessoas que aderem a este perfil aceitam o envelhecimento e equacionam a possibilidade de serem institucionalizadas, e neste caso estamos perante pessoas que estão institucionalizadas.

De acordo com os resultados obtidos apura-se a existência de um elevado número de casos com o perfil de autocuidado “Indefinido” (70,9%), característica evidenciada também nos estudos que nos precedem, nomeadamente 77,5% (dos 40 participantes apenas 9 aderem a um tipo de perfil de autocuidado) nos estudos de Backman e Hentinen (2001). Quanto ao estudo desenvolvido por Zeleznik (2007) na Eslovénia encontramos valores diferentes na ordem dos 32% (dos 302 participantes, 206 participantes aderem a um tipo de perfil de autocuidado). Estas percentagens divergentes são o motivo pelo qual procedemos posteriormente a uma análise mais profunda destes casos.

Ainda tendo em conta os dados presentes na tabela 9, salienta-se que 17,4% dos participantes apresentam um perfil de autocuidado que pode ser considerado como “puro” (soma do perfil formalmente guiado e perfil abandono) e 11,7% apresentam um perfil de autocuidado do tipo “predominante”, ou seja, cerca de 29,1% dos casos aderem nitidamente a um tipo de autocuidado dos quatro perfis teóricos explorados (Backman e Hentinen, 1999; 2001). Comparativamente aos estudos anteriores, os casos que aderiam

nitidamente a um tipo de autocuidado era de 22,5% (Backman e Hentinen, 2001) e de 68% (Zeleznik, 2007).

Perfil de Autocuidado	N	(%)
Predominantemente Responsável	1	1,2
Formalmente Guiado Puro ou predominantemente formalmente guiado	21	24,4
Predominantemente Independente	1	1,2
Abandono Puro ou predominantemente de abandono	2	2,4
Indefinidos	61	70,9
Total	86	100,0

Tabela 10: Distribuição da amostra em função dos quatro perfis de autocuidado (teóricos)

Atendendo aos vários fatores que influenciam as pessoas na construção e prática do seu autocuidado, procuramos explorar a relação entre as variáveis de atributo e os perfis de autocuidado dos participantes do nosso estudo. Para a seleção dos testes de hipóteses utilizaram-se testes estatísticos não paramétricos (fundamentalmente por se ter utilizado uma amostra de conveniência): teste *U* de *Mann Whitney*, que permite testar a diferença nas classificações de *scores* em dois grupos independentes; teste *H* *Kruskal Wallis*, que permite testar a diferença nas classificações de *scores* em três ou mais grupos independentes, teste Rho Spearman, que permite testar o grau de associação ou relação mútua entre duas variáveis. O nível de significância utilizado no estudo foi de 0,05 ($p < 0,05$), ou seja a existência com 95% de probabilidade de uma relação causal entre as variáveis envolvidas.

Para a variável sexo, este teste demonstra a presença de diferenças significativas entre homens e mulheres nos perfis de autocuidado responsável e de abandono ($p=0,014$ e $p=0,033$, respetivamente); nos restantes tipos de autocuidado não se verificam diferenças significativas. Como é possível verificar na tabela seguinte, em ambos os casos as mulheres apresentam *scores* mais elevados nestes tipos de autocuidado em relação aos homens.

	Sexo	N	Mean Rank	Asymp. Sig. (2-tailed)
Autocuidado Responsável	Masculino	38	35,71	,014
	Feminino	47	48,89	
Autocuidado Formalmente Guiado	Masculino	38	39,97	,299
	Feminino	47	45,45	
Autocuidado de Abandono	Masculino	38	36,68	,033
	Feminino	47	48,11	
Autocuidado Independente	Masculino	38	44,64	,571
	Feminino	47	41,67	

Tabela 11: Relação entre o sexo e os perfis de autocuidado dos participantes

Prosseguindo a análise dos resultados obtidos e sua relação com as variáveis de atributo, para verificar a relação entre a atividade profissional e o estado civil foi utilizado o teste *H Kruskal Wallis*.

Verificou-se que os participantes com maior *score* no perfil de autocuidado formalmente guiado são solteiros, sendo que os que possuem menor *score* neste perfil são os divorciados (Solteiro – Mean Rank= 49,20; Divorciado – Mean Rank= 12,50; $p=0,014$). Nos restantes tipos de autocuidado não se verificam diferenças significativas quanto a esta variável. Quanto à variável atividade profissional não se verificam diferenças significativas entre os participantes nos diferentes perfis de autocuidado.

	Estado Civil	N	Mean Rank	Asymp. Sig. (2-tailed)
Autocuidado Responsável	Casado/ União de Facto	7	45,50	,980
	Solteiro	23	43,39	
	Viúvo	52	42,29	
	Divorciado	3	46,50	
Autocuidado Formalmente Guiado	Casado/ União de Facto	7	24,57	,014
	Solteiro	23	49,20	
	Viúvo	52	44,50	
	Divorciado	3	12,50	
Autocuidado de Abandono	Casado/ União de Facto	7	46,36	,542
	Solteiro	23	37,76	
	Viúvo	52	45,42	
	Divorciado	3	33,33	
Autocuidado Independente	Casado/ União de Facto	7	31,07	,549
	Solteiro	23	46,09	
	Viúvo	52	43,32	
	Divorciado	3	41,67	

Tabela 12: Relação entre o estado civil e os perfis de autocuidado dos participantes

De acordo com os estudos precedentes, um dos fatores preponderante para a definição de uma atitude face ao autocuidado mais aproximado com o perfil de autocuidado responsável seria a presença de formação escolar mais elevada; no mesmo sentido, níveis mais baixos de formação escolar tenderiam a um perfil de autocuidado de abandono. Estes resultados verificam-se novamente neste estudo, sendo que os indivíduos com *scores* mais elevados no perfil de autocuidado responsável tendem a ter níveis mais elevados de formação escolar ($Rho\ Spearman=0,489$; $p=0,024$); pelo contrário os níveis mais baixos de escolaridade correspondem aos indivíduos com perfil de autocuidado abandono ($Rho\ Spearman= -0,615$; $p=0,003$).

	Correlação	Autocuidado Responsável	Autocuidado Formalmente guiado	Autocuidado de Abandono	Autocuidado Independente
Formação	<i>Rho Spearman</i> <i>P</i>	,489 ,024	,349 ,121	-,615 ,003	-,153 ,507
Idade	<i>Rho Spearman</i> <i>P</i>	,058 ,598	-,029 ,794	,286 ,008	-,028 ,803

Tabela 13: Matriz de correlação entre a formação e a idade com os scores dos perfis de autocuidado dos participantes

Quanto à correlação da idade com os quatro perfis de autocuidado apenas foi possível verificar que as pessoas com mais idade apresentam uma atitude face ao autocuidado coincidente com o perfil de abandono (*Rho Spearman*=0,286; *p*=0,008). Este facto demonstra-se de extrema importância atendendo à evolução da escala etária, que se verifica a nível mundial, com um aumento da esperança média de vida sobretudo nos países desenvolvidos.

Na continuidade da análise dos resultados, procedemos à exploração da associação entre o nível de dependência nos diferentes domínios do autocuidado com os perfis de autocuidado para o qual foi utilizado o teste de *Spearman's rho*. De salientar que neste caso específico, quanto mais elevado for o *score* obtido na escala de avaliação do nível de dependência (mais próximo de 4), menor o nível da mesma, ou seja, mais independente se apresenta o sujeito na prática do autocuidado.

Backman e Hentinen (1999, 2001), caracterizando os diferentes perfis de autocuidado quanto aos fatores que influenciam o autocuidado, mais especificamente a capacidade funcional, revelam que as pessoas com um perfil de autocuidado independente apresentam maior independência em relação às restantes pessoas; em contrapartida, as pessoas com maior dependência são as pessoas que possuem um tipo de autocuidado de abandono.

Recordamos que cerca de 25% dos participantes deste estudo são dependentes em pelo menos um domínio do Autocuidado e 17,7% dos participantes são completamente independentes em domínios como o Cuidar da higiene pessoal, Alimentar-se, Auto-elevar-se, Usar o sanitário e Virar-se. Salientamos ainda, que é no autocuidado Tomar banho, Vestir/despir-se, Arranjar-se e Usar cadeira de rodas que se concentra um elevado número de participantes com significativo nível de dependência.

Conjugando os dados (*scores*) relativos ao nível de dependência e os perfis de autocuidado identificados, verificamos que existem correlações com significado estatístico entre alguns domínios do autocuidado e os diferentes perfis de autocuidado (Tabela 13).

	Correlação	Autocuidado Responsável	Autocuidado Formalmente Guiado	Autocuidado de Abandono	Autocuidado Independente
Tomar banho	<i>Rho Spearman</i> <i>p</i>	,456 < ,001	,158 ,150	-,380 < ,001	,052 ,638
Vestir-se / Despir-se	<i>Rho Spearman</i> <i>p</i>	,337 ,002	-,020 ,853	-,350 ,001	,061 ,578
Alimentar-se	<i>Rho Spearman</i> <i>p</i>	,039 ,726	,123 ,262	-,215 ,048	,060 ,584
Arranjar-se	<i>Rho Spearman</i> <i>p</i>	,260 ,001	,112 ,306	-,253 ,019	,026 ,814
Cuidar da higiene pessoal	<i>Rho Spearman</i> <i>p</i>	,314 ,003	-,025 ,818	-,320 ,003	,046 ,677
Usar o sanitário	<i>Rho Spearman</i> <i>p</i>	,143 ,193	,174 ,111	-,173 ,114	,039 ,726
Transferir-se	<i>Rho Spearman</i> <i>p</i>	,125 ,254	,174 ,110	-,174 ,112	,101 ,356
Usar cadeira de rodas	<i>Rho Spearman</i> <i>p</i>	,117 ,748	,599 ,067	-,010 ,979	,210 ,560

Tabela 14: Matriz de correlação entre os perfis de autocuidado e os scores dos domínios do autocuidado

As correlações com significado estatístico referem-se aos domínios de autocuidado que apresentam maior número de participantes dependentes (Tomar banho; Vestir/despir-se e Arranjar-se), contemplando ainda dois dos domínios com mais pessoas independentes (Alimentar-se e Cuidar da higiene pessoal), em evidência com cor as respectivas células da tabela.

De acordo com os dados acima apresentados verificamos que as pessoas com menor *score* no nível da dependência, ou seja mais dependentes, apresentam um elevado *score* quanto ao perfil de autocuidado de abandono, dados que vão de encontro ao estudado por Backman e Hentinen (2001); por outro lado, as pessoas com maior *score* no perfil de autocuidado responsável apresentam *scores* igualmente elevados no nível de dependência, ou seja, são pessoas mais independentes. Segundo Duque (2009) as pessoas deste perfil tendem a apresentar um nível baixo de dependência. No estudo desenvolvido por Zeleznik (2007) as pessoas com o perfil de autocuidado responsável, seriam as que apresentavam melhor capacidade funcional.

Resumindo, o perfil de autocuidado responsável encontra-se relacionado com o sexo feminino, um maior nível de formação e um menor nível dependência; enquanto o perfil de autocuidado de abandono, relaciona-se com o sexo feminino, a ausência ou menor formação, mais idade e maior nível dependência. Dados pertinentes, quando sabemos que

a nossa amostra era majoritariamente feminina, apresentava baixo nível de formação escolar, e em termos de idade, mais de 50% tinha idade superior a 82 anos, enquanto ¼ da amostra era dependente nos domínios dos autocuidado.

Reforça-se também que esta amostra se refere a pessoas institucionalizadas, ou seja, pessoa com maior tendência a demonstrar passividade e dependência nas atividades de autocuidado segundo Davies, Ellis e Laker (2000, 2007).

Após a análise das diversas variáveis de atributo e conscientes da elevada percentagem de participantes com o perfil de autocuidado “Indefinido”, procedemos a uma análise exploratória mais profunda destes casos em particular, procedimento igualmente realizado nos estudo que nos precedem. Para procedermos a essa exploração, avançamos com os critérios utilizados no estudo de Sequeira (2011), o que permite aumentar a descrição dos perfis de autocuidado.

Assim, consideramos:

- **Responsável/Formalmente Guiado/Independente/Abandono** - casos que possuam um *score* ≥ 4 em todos os quatro perfis de autocuidado.
- **Responsável/Formalmente Guiado/Independente** – casos que possuam um *score* ≥ 4 nos perfis de Autocuidado responsável, formalmente guiado, independente e *score* $< 3,5$ no perfil de Autocuidado de abandono.
- **Responsável/Formalmente Guiado/Abandono** - casos que possuam um *score* ≥ 4 nos perfis de Autocuidado responsável, formalmente guiado, de abandono e *score* $< 3,5$ no perfil de Autocuidado independente.
- **Responsável/Independente/Abandono** - casos que possuam um *score* ≥ 4 nos perfis de Autocuidado responsável, independente, de abandono e *score* $< 3,5$ no perfil de Autocuidado formalmente guiado.
- **Formalmente Guiado/Independente/ Abandono** - casos que possuam um *score* ≥ 4 nos perfis de Autocuidado formalmente guiado, independente, abandono e *score* $< 3,5$ no perfil de Autocuidado responsável.
- **Responsável/Formalmente Guiado** – casos que possuam um *score* ≥ 4 nos perfis de Autocuidado responsável e formalmente guiado e *score* $< 3,5$ no perfil de Autocuidado independente e abandono.
- **Responsável/Independente** – casos que possuam um *score* ≥ 4 nos perfis de Autocuidado responsável e independente e *score* $< 3,5$ no perfil de Autocuidado formalmente guiado e abandono.

- **Responsável/Abandono** – casos que possuam um *score* ≥ 4 nos perfis de Autocuidado responsável e de abandono e *score* $< 3,5$ no perfil de Autocuidado independente e formalmente guiado.
- **Formalmente Guiado/Independente** – casos que possuam um *score* ≥ 4 nos perfis de Autocuidado formalmente guiado e independente e *score* $< 3,5$ no perfil de Autocuidado responsável e abandono.
- **Formalmente Guiado / Abandono** – casos que possuam um *score* ≥ 4 nos perfis de Autocuidado formalmente guiado e de abandono e *score* $< 3,5$ no perfil de Autocuidado responsável e independente.
- **Independente/Abandono** – casos que possuam um *score* ≥ 4 nos perfis de Autocuidado independente e de abandono e *score* $< 3,5$ no perfil de Autocuidado responsável e formalmente guiado.
- Todos os casos que não foram categorizados em nenhuma das categorias anteriores foram classificados como **“Indefinidos finais”**.

Em resultado da aplicação dos critérios acima enumerados, o número de casos com Perfil “Indefinido” diminuiu de 61 para 46 participantes (passou de 70,9% para 53,5% da amostra), conforme tabela seguinte.

Perfil de Autocuidado “Indefinido”	N	%
Formalmente Guiado / Abandono	8	13,11
Responsável / Formalmente Guiado	3	4,92
Responsável / Independente	2	3,28
Responsável / Abandono	1	1,64
Formalmente Guiado / Independente	1	1,64
Indefinidos finais	46	75,41
Total Perfil “Indefinido”	61	100

Tabela 15: Perfil de autocuidado dos participantes identificados inicialmente com o perfil de autocuidado “Indefinido”

O facto de continuar a existir um elevado número de participantes com perfil de autocuidado “indefinido” poderia levar-nos a questionar sobre a validade do instrumento atendendo ao potencial de discriminação do mesmo; porém, também os estudos que nos servem de base evidenciaram a mesma tendência. Tendo em conta esta evidência, Zeleznik (2007) e Sequeira (2011) mencionam a possibilidade de encontrar pessoas com uma combinação de características dos diferentes perfis, devido aos fatores que influenciam a prática do autocuidado tais como a tomada de decisão, a aceitação de tratamentos e perspetivas sobre o futuro, nomeadamente o envelhecimento. Aspetos de relevância,

inferidos a partir da estrutura fatorial do instrumento “Perfil de Autocuidado” e resultados obtidos nos anteriores estudos.

Dos novos perfis com origem no perfil “Indefinidos” o que surge com maior relevância foi o perfil Formalmente guiado/Abandono, ou seja, 13,1% destes participantes apresentam *scores* elevados quer no perfil formalmente guiado quer no perfil de abandono. Este foi um dos casos que mereceu destaque nos estudos desenvolvidos por Backman e Hentinen (1999, 2001) e Zeleznik (2007). Segundas as autoras existem características muito próximas nestes dois perfis, ou seja, entre a “desistência e impotência” das pessoas com perfil de autocuidado de abandono e a atitude resignada e acrítica no perfil formalmente guiado.

Em particular, Zeleznik (2007) refere que existe uma associação entre os dois perfis na medida em que no perfil formalmente guiado a pessoa apresenta um comportamento passivo na tomada de decisão, atribuindo ao outro o controlo da sua própria vida. Dessa forma, é necessário um contínuo incentivo para mantê-las ativas, que quando é insuficiente deixará a pessoa desamparada, adotando em consequência uma postura de desistência, com perda progressiva do comportamento de autocuidado, incapacidade de gestão e realização das atividades de vida diária. Esta justificação reforça, uma vez mais, a importância da ação de Enfermagem junto das pessoas que apresentam uma atitude face ao autocuidado equivalente ao perfil formalmente guiado.

Outra associação que surge é entre o perfil responsável e formalmente guiado (4,92%). Também neste caso, esta expressão coloca em destaque a proximidade de alguns traços dos respetivos perfis. Analisando as questões específicas para identificação dos perfis de autocuidado, verificamos que os itens “*eu quero ser responsável pela minha medicação*” e “*a minha cooperação com os médicos e os enfermeiros é natural e de igual para igual*” que caracterizam o perfil responsável são compatíveis e muito próximos com o item “*tomo obedientemente todos os medicamentos receitados pelos médicos*” característico do perfil formalmente guiado.

Ainda da análise das associações entre os perfis de autocuidado (novos perfis) que surgem dos casos indefinidos, verifica-se a presença da conjugação Perfil Responsável/Independente (2,38%). Segundo Backman e Hentinen (2001), estes dois perfis apresentam aspetos semelhantes como a elevada autoestima e satisfação com a vida, caracterizado pelo *locus* de controlo interno e procura constante pela resolução dos seus problemas.

Tal como nos estudos desenvolvidos por Zeleznik (2007) a associação entre os perfis responsável e de abandono apresenta uma representação mínima (1,64%); no caso de Zeleznik (2007) abrangia cerca de 8% dos casos indefinidos. Estes dois perfis de acordo com os pressupostos teóricos de Backman e Hentinen (1999, 2001) tendem a ser apresentados como opostos.

Uma outra associação com maior visibilidade nos estudos de Zeleznik (2007) refere-se à associação do perfil Formalmente guiado/Independente, que no caso do seu estudo abrangia cerca de 13% dos casos indefinidos, enquanto neste estudo tem uma reduzida representação de 1,64%. As pessoas que adotam uma atitude face ao autocuidado ao abrigo destes dois perfis possuem elevadas autoestima e satisfação com a vida, apresentando diferenças significativas na prática do autocuidado.

Resumindo as análises efetuadas é possível apresentar a tabela síntese que se segue, com a distribuição da caracterização dos participantes quanto ao perfil de autocuidado.

Perfil de Autocuidado	N
Responsável	
Predominantemente Responsável	1
Responsável Independente	2
Responsável / Abandono	1
Total	4
Formalmente Guiado	
Formalmente Guiado Puro	14
Predominantemente Formalmente Guiado	7
Formalmente Guiado / Responsável	3
Formalmente Guiado / Abandono	8
Total	32
Abandono	
Abandono Puro	1
Predominantemente Abandono	1
Total	2
Independente	
Predominantemente Independente	1
Independente / Formalmente Guiado	1
Total	2
Indefinidos Finais	46
Total	86

Tabela 16: Síntese da caracterização dos participantes em função do perfil de autocuidado

Da tabela síntese, é possível salientar que mais de 1/3 dos participantes apresenta um perfil de autocuidado nitidamente aderente ao perfil formalmente guiado, sendo que, no outro extremo verificamos a quase inexistência de participantes com perfil responsável, de

abandono ou mesmo independente. Este resultado chama-nos a atenção sobre a especificidade desta amostra, emergindo a questão de saber em que medida a institucionalização influencia a atitude face ao autocuidado.

Com o intuito de compreender essa questão procuramos explorar a associação entre os grupos de maior prevalência neste estudo (perfil formalmente guiado e Perfil “indefinido”) com as principais variáveis de atributo dos participantes.

Para o estudo das diferenças entre os perfis formalmente guiado e “indefinido” relativamente à idade e à formação escolar, utilizamos o teste *U de Mann Whitney* que permite testar a diferença nas classificações de *scores* em dois grupos independentes.

Face ao resultado obtido não se verificam diferenças significativas entre os grupos de participantes dos perfis em estudo (Formação escolar – $p=0.715$; Idade – $p=0.899$).

Em continuidade, não se verifica diferenças com significado estatístico entre os indivíduos com um autocuidado aderente ao perfil formalmente guiado e os restantes participantes (“Indefinido”) em termos de atividade profissional ($p=1,000$), estado civil ($p=0,109$) e de sexo ($p=0.650$).

Analisando as diferenças quanto ao compromisso dos processos corporais nos dois grandes grupos também não se verificam diferenças com significado estatístico.

Em suma, os resultados obtidos neste estudo encontram-se de acordo com os estudos que anteriormente abordaram a questão do perfil de autocuidado.

CONCLUSÕES

O facto de uma pessoa necessitar de ingressar permanentemente numa instituição do tipo 'lar', engloba-se naquilo que se convencionou apelidar de transição organizacional, com alteração do funcionamento e da estrutura familiar, processo do qual resultam alterações na vida, saúde, ambiente e relações interpessoais, que posteriormente influenciam a saúde.

Os idosos, atendendo nomeadamente ao aumento das dependências e doenças, estão propensos a vivenciar uma transição, ou mesmo várias transições simultâneas que vão influenciar diretamente a sua independência e autonomia.

Com este estudo, verificamos que as pessoas que se encontram institucionalizadas apresentam dependências nos vários domínios do autocuidado, com especial ênfase no autocuidado tomar banho, vestir-se/despir-se e arranjar-se. Logo, é importante o enfermeiro reconhecer as necessidades do cliente por forma a adequar o seu plano de cuidados e potencializar as competências que o cliente possui, questão já salientada por Davies, Ellis e Laker (2000; 2007).

Como já mencionado no capítulo de análise e discussão dos resultados, os participantes deste estudo apresentam compromissos dos processos corporais, principalmente quanto ao estado mental, o que reduziu a constituição da amostra e os resultados potenciais, constituindo-se como uma limitação do estudo.

Para atingir a excelência de cuidados é possível utilizar diversos instrumentos para uma melhor avaliação das circunstâncias e do sujeito de cuidados. Com este percurso, verificamos o potencial clínico do instrumento "Nível de dependência no autocuidado" desenvolvido na ESEP e utilizado pela primeira vez por Duque (2009), o qual permite uma avaliação detalhada da dependência do cliente; e verificamos também o potencial do instrumento "Perfil de Autocuidado" desenvolvido por Räsäsen, Backman e Kyngas (2007), que proporciona a descrição do perfil de autocuidado dos clientes.

Neste último caso, os resultados obtidos através do instrumento "Perfil de Autocuidado" devem ser interpretados com cautela atendendo aos valores obtidos na

estatística Alfa de *Cronbach* no domínio do autocuidado (0,46). Este resultado foi possivelmente afetado pelo reduzido tamanho da amostra (86 dos 186 participantes, sem compromisso do estado mental). Um outro facto que poderá influenciar os resultados remete-nos para a especificidade da amostra, isto é, pessoas institucionalizadas.

Ainda de referir que a resposta que obtivemos às questões pode ser a que o cliente considera ser a mais correta e não a sua real percepção, o que afetará desde logo os resultados obtidos. Além disso, o nível de escolaridade médio dos participantes no nosso estudo é baixo (4 anos), enquanto no estudo original o nível de escolaridade é substancialmente mais elevado.

Apesar destas condicionantes acreditamos que o instrumento “Perfil de Autocuidado” permitirá ao enfermeiro conhecer melhor o seu cliente e sua postura pessoal face ao autocuidado, proporcionando uma escolha e ajuste das melhores estratégias terapêuticas para responder à sua singularidade, de modo a ajudar os clientes a redefinirem o seu *self*. A incorporação do conceito de perfil de autocuidado na conceção de cuidados promove a personalização dos cuidados de enfermagem, direcionando as estratégias, a sua intensidade e a forma de as implementar.

É pertinente estimular um comportamento de autocuidado que vise a manutenção da autonomia e um envelhecimento bem-sucedido (Silva e Santos, 2010), sendo que a compreensão do perfil de autocuidado e fatores envolventes pode ser uma mais valia para compreender o nosso alvo de cuidado quanto à sua ação face à saúde/doença, assim como para fomentar o desenvolvimento do potencial máximo de saúde, com a aquisição de conhecimentos, capacidades e habilidades, uma vez que os profissionais de enfermagem beneficiam da sua proximidade com a pessoa e família.

Dos resultados obtidos neste estudo, salienta-se o facto de 70,9% dos participantes apresentarem um perfil “Indefinido”, ou seja, evidenciam traços característicos dos quatro perfis (teóricos) definidos por Backman e Hentinen (1999).

Após este grupo de 70,9% de participantes, surge um grupo que pode ser categorizado com o perfil de autocuidado formalmente guiado (24,4%). Este perfil será caracterizado pela atitude acrítica e passiva, obedecendo às instruções oriundas de outras pessoas sem questionamento. Segundo Backman e Hentinen (2001), este perfil também apresenta como características a aceitação da possibilidade de institucionalização, característica já intrínseca aos participantes deste estudo.

Da análise realizada ao perfil de autocuidado verificamos que apenas 17,5% dos participantes evidenciam possuir um perfil de autocuidado “puro” (14 participantes no perfil formalmente guiado e 1 participante com o perfil de abandono) e 11,6% apresentam um perfil de autocuidado predominantemente de um tipo (7 no perfil formalmente guiado; 1 no perfil responsável; 1 no perfil independente; 1 no perfil de abandono).

Salientamos ainda que o perfil de autocuidado responsável encontra-se relacionado com o sexo feminino, uma melhor formação e um menor nível de dependência. Por sua vez, o perfil de autocuidado de abandono relaciona-se com o sexo feminino, a ausência ou menor formação, mais idade e maior nível de dependência. Estes dados são de extrema importância quando pensamos que a nossa amostra era maioritariamente feminina, apresentava um baixo nível de formação escolar, idade avançada e uma significativa dependência nos autocuidados.

Com a conclusão deste percurso, pensamos ter dado resposta aos objetivos iniciais da investigação, o que remete para a necessidade de uma resposta mais efetiva, dos enfermeiros, às necessidades em cuidados de saúde dos seus clientes, o que culminará no aumento da sua qualidade de vida.

Relativamente às limitações da investigação será de salientar o tempo útil para concretização da investigação, que condicionou o tamanho da amostra; acreditamos que uma amostra maior poderia conduzir a resultados mais expressivos quanto às análises efetuadas, assim como possibilitar uma leitura mais segura do que foi obtido, o que poderá ser feito em futuras pesquisas.

Esta investigação revela ainda a necessidade de investigação na área do autocuidado em clientes institucionalizados, pois de acordo com Davies, Ellis, Laker (2000; 2007) quando institucionalizada, a pessoa demonstra normalmente passividade e dependência sobretudo nas atividades de autocuidado, o que se coloca como um desafio para os enfermeiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, C. – Transição para prestador de cuidados – Sensibilidade aos cuidados de Enfermagem. Pensar Enfermagem. Vol. 13, nº 1 (2009) p. 61-71.
- ARAÚJO, I.; PAÚL, C.; MARTINS, M. – Living older in the family context: Dependency in self-care. Revista Escola Enfermagem USP. Vol. 45, nº 4 (2011) p. 866-871.
- BACKMAN, K.; HENTINEN, M. – Model for the self-care of home-dwelling elderly. Journal of Advanced Nursing. Vol. 30, nº 3 (1999) p. 564-572.
- BACKMAN, K. & HENTINEN, M. – Factors associated with the self-care of home dwelling elderly. Scandinavian Journal of Caring Sciences. Vol. 15, nº 3 (2001) p. 195-202.
- BORG, C.; HALLBERG, I. R.; BLOMQVIST, K. – Life Satisfaction among older people (65+) with reduce self-care capacity: The relationship to social, Health and financial aspects. Journal of Clinical Nursing. Vol. 15 (2006) p. 607-618.
- BRIDGE, J.; CABELL, S.; HERRING, B. – Dorothea Orem's Self-care Deficit Theory. Troy University School of Nursing. (2005) p. 1-24
- CARMO, H.; FERREIRA, M. M. – *Metodologia da Investigação guia para a auto-aprendizagem*. Lisboa: Ed.Universidade Aberta, 1998.
- CARPENITO-MOYET, L. – *Diagnósticos em Enfermagem: Aplicação à Prática Clínica*. 10ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- CAVANAGH, S. J. – *Modelo de Orem Aplicación práctica*. Barcelona: Ediciones Científicas Y Técnicas, 1993.
- DAVIES, S.; ELLIS, L.; LAKER, S. – Promoting Autonomy and independence for older people within nursing practice: an observational study. Journal of Clinical Nursing. Vol. 9 (2000) p. 127-136.
- DAVIES, S.; ELLIS, L.; LAKER, S. – Promoting Autonomy and independence for older people within nursing practice: a literature review. Journal of Advanced Nursing. Vol. 26 (2007) p. 408-417.
- DEPARTMENT OF HEALTH – Self-Care: A Real Choice. Self-Care Support – A Practical option. Department of Health – Crown. (janeiro, 2005) p. 1-12.

DUQUE, H. - *O doente dependente no Autocuidado – Estudo sobre a avaliação e a acção profissional dos enfermeiros*. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2009. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

FIGUEIREDO, N.; et al. – *Cuidando de Clientes com Necessidades Especiais: Motora e Social*. São Paulo: Difusão, 2004.

FORTIN, M. F. – *O Processo de Investigação – da concepção à realização*. Loures: Lusociência, 1999.

HELLSTRÖM, Y.; HALLBERG, I. – Perspectives of Elderly People receiving home help on health, care and quality of life. Health and Social Care in the Community. Vol. 9, nº 2 (2001) p. 61-71.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA (INE). Área de Informação Estatística – Destaques – *Nos próximos vinte e cinco anos o número de idosos poderá mais do que duplicar o número de jovens*. [Em linha.] Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, Statistics Portugal. (setembro, 2007) p. 1-7. [Consult. 12 Abril 2012]. Disponível na Internet: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=5546132&DESTAQUESmodo=2.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA (INE). Área de Informação Estatística – Destaques – *Mais de um milhão e duzentos mil idosos vivem sós ou na companhia de outros idosos*. [Em linha.] Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, Statistics Portugal. (fevereiro, 2012) p. 1-7. [Consult. 12 Abril 2012]. Disponível na Internet: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=134582847&DESTAQUESTema=00&DESTAQUESmodo=2

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2.0*. Genebra: Ordem dos Enfermeiros, 2011.

KARSCH, U. U. – Idosos dependentes: famílias e cuidadores. Saúde Pública. Vol. 19, nº 3 (Maio-Junho, 2003) p. 861-866.

LOBIONDO-WOOD, Geri – *Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. – *Fundamentos de metodologia científica*. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2003

MARS, G. M. J.; et al. – How do People with COPD or diabetes type 2 experience autonomy? An exploratory study. Disability and Rehabilitation. Vol. 29, nº 6 (março, 2007) p. 485-493.

- MARTINS, T.; RIBEIRO, J. L. P.; GARRETT, C. – Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) – Reavaliação das Propriedade Psicométricas. Revista Referência. nº 11 (março, 2004) p. 17-31.
- McCORMACK, D. – Na Examination of the Self-care concept uncovers a new Direction for Healthcare reform. Nursing Leadership. Vol. 16, nº 4 (2003) p. 48-61.
- MELEIS, A.; *et al.* – Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. Advances in Nursing Scienc. Vol. 23, nº 1. (setembro. 2000) p. 12-28.
- MELEIS, A. – *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 3ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams e Wilkins, 2005.
- MELEIS, A. – *Theoretical Nursing: Development and Progress*, 4ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
- MÉNDEZ, I. E. M. – Evaluación de la capacidade y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. Revista Cubana de Enfermaría. Vol. 24, nº 4 (2010) p. 222-234.
- MOSER, A.; HOUTEPEN, R.; WIDDERSHOVEN, G. – Patient autonomy in nurse-led shared care: a review of theoretical and empirical literature. Journal of Advanced Nursing. Vol. 57, nº 4 (2007) p. 357-365.
- MOTA, L. A. N. – O perfil de autocuidado dos clientes: exploração da sua influência no sucesso após transplante hepático. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. 2011. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.
- NAIK, A. D.; *et al.* – Conceptual Challenges and Practice Approaches to Screening Capacity for Self-Care and Protection in Vulnerable Older Adults. The Amercian Geriatrics Society. Vol. 56, nº S2 (novembro, 2008) p. 266-270.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Desenvolvimento Profissional-Individualização das especialidades em Enfermagem. Suplemento da Revista Ordem dos Enfermeiros. Nº 26 (junho, 2007) p. 9-20.
- OREM, D. – *Nursing concepts of Practice*. 4ª ed. New-York: McGraw-Hill, 1991.
- OREM, D. – *Nursing concepts of Practice*. 6ª ed. St. Louis: Mosby, 1993.
- PADILHA, J. – *Preparação da pessoa hospitalizada para o regresso a casa: conhecimentos e capacidades para uma eficaz resposta humana aos desafios de saúde*. Porto: [s.n.], 2006. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.
- PAÚL, M. C.; FONSECA, A. F. – *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi, 2005.
- PINTO, C.; SANTOS, L. – *Prestador de Cuidados: Quais as suas necessidades?* Onco.news. [Em linha]. 2009. [Consult. em novembro 2011]. Disponível na internet:<URL:http://www.a

eop.net/fileManager/file/OncoNews_09_2.pdf.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. – *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PROOT, I. M.; *et al.* – Autonomy in the Rehabilitation of Stroke Patients in Nursing Homes. A concept Analysis. Nordic College of Caring Sciences. Vol. 12 (1998) p. 139-145.

PROOT, I. M.; *et al.* – Autonomy in Stroke Rehabilitation: The perceptions of care providers in nursing Homes. Nursing Ethics. Vol. 9, nº 1 (2002) p. 36-50.

PROOT, I. M.; *et al.* – Supporting Stroke Patients' Autonomy During Rehabilitation. Nursing Ethics. Vol. 14, nº 2 (2007) p. 229- 241.

RAFII, F.; SHAHPOORIAN, F.; AZARBAAD, M. – The reality of learning self-care needs during hospitalization: Patients' and Nurses' Perceptions. Self-care, Dependent-care& Nursing. Vol. 16, nº2 (outubro, 2008) p. 34-39.

RÄSÄNEM, P.; BACKMAN, K.; KYNGÄS, H. – Development of an instrument to test the middle-range theory for the self-care of home dwelling elderly. Nordic College of Caring Science. Vol. 21 (2007) p. 397- 405.

RODRIGUES, L. F. S. V. – O Perfil de Autocuidado como factor potencialmente condicionador das transições dos clientes: um estudo exploratório. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2011. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

SACCO-PETERSON, M.; BORELL, L. – Struggles for autonomy in self-care: The impact of the physical and sociocultural environment in a long-term care setting. Nordic College of Caring Sciences. Vol. 18 (2004) p.376-386.

SEQUEIRA, C. – *Cuidar de idosos dependentes: diagnósticos e intervenções*. Coimbra: Quarteto Editora, 2007.

SEQUEIRA, E.- Os perfis de autocuidado dos clientes dependentes: estudo exploratório numa unidade de saúde familiar. Porto: Escola Superior de Biotecnologia da Universidade Católica Portuguesa, 2011. Dissertação de Mestrado em Enfermagem.

SERRANO, C.M.P.; PIRES, P.M.D.F. – O Enfermeiro numa Unidade de Hemodialise. Revista Sinais Vitais. nº 82 (2009) p. 13-19.

SHYU, Y-I. L. – The needs of family caregivers of frail elderly during the transition from Hospital to Home: a Taiwanese sample. Journal of Advanced Nursing. Vol. 32, nº 3 (2000) p. 619-625.

SILVA, R. - *A dependência no autocuidado no seio das famílias clássicas do concelho do porto: abordagem exploratória à dimensão do fenómeno*. Porto: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, 2011. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Avançada.

SILVA-SMITH, A. & KOVACH, C. – Positive Gain: Rethinking the Outcomes of Dependency. Journal of Gerontological Nursing. Vol. 32, nº 5 (2006) p. 36-41.

SILVA, A. C. S.; SANTOS, I. – Promoção do autocuidado de idosos para o envelhecer saudável: Aplicação da teoria de Nola Pender. Texto Contexto Enfermagem. Vol. 19, nº 4 (outubro-dezembro, 2010) p. 745-753.

SIMMONS, L. – Dorthea Orem's Self-care Theoryas Related to Nursing Practice in Hemodialysis. Nephrology Nursing Journal. Vol. 36, nº4 (julho-agosto, 2009) p. 419-421.

SÖDERHAMN, O. –Health and the internal structure of the self-care ability scale for the elderly (SASE). Scandinavian Journal of Occupational Therapy. Vol. 8 (2001) p. 67-71.

TORRES, G. V.; DAVIM, R. M. B.; NÓBREGA, M. M. L. – Aplicação do Processo de Enfermagem baseado na teoria de Orem: Estudo de caso com uma adolescente grávida. Revista Latino-am. Enfermagem. Vol. 7, nº2 (abril, 1999) p. 47-53.

WRIXON, S.; PARTNER, M.; CONSULTIRG. S. – Helping people understand the value of self-care. British Journal of Healthcare Assistants. Vol. 3, nº 5 (maio, 2009) p.242-245.

ZELEZNIK, D. – *Self-care of the Home Dwelling Elderly People Living in Slovenia*. Finlândia: Oulu University Press, 2007.

ZELEZNIK, D.; ZELEZNIK, U.; STRICEVIC. J. – The impact of various factors on self-care of elderly. Journal of Society for Development of Teaching and Business in new environment in B&H/ HealthMED. Vol. 4, nº1 (2010) p. 29-37.

ANEXOS

ANEXO I: Instrumento “Nível De Dependência No Autocuidado”

ANEXO II: Instrumento “Perfil De Autocuidado”

ANEXO III: Autorização Da Direção Do Lar Rainha D. Beatriz

ANEXO IV: Autorização Da Direção Do Lar Monte Dos Burgos

ANEXO V: Declaração De Consentimento Informado, Livre E Esclarecido

ANEXO VI: Autorização Para Utilização Dos Instrumentos “Nível De Dependência No Autocuidado” E “Perfil De Autocuidado”

ANEXO VII: Perfis De Autocuidado E Questões Associadas

ANEXO VIII: Caracterização Da Amostra Em Função Da Dependência Nas Diversas Atividades Que Concretizam Os Domínios De Autocuidado

ANEXO I: Instrumento “Nível De Dependência No Autocuidado”

A pessoa com dependência no autocuidado: instrumento de avaliação

Parte I – Condição de saúde

Sim	Não		Sim	Não	
		Sinais aparentes de desidratação			Articulação tornozelo Edo (pé equino)
		Olhos encovados			Comprometimento da limpeza das vias aéreas
		Pele seca			Ruídos respiratórios anormais (roncos e crepitações)
		Mucosas secas			Aumento frequência respiratória
		Sinais aparentes de desnutrição			Deficitária: condição de higiene e asseio
		Comprometimento da amplitude articular			Pele comprometida
		Articulação Cotovelo Dto			Número de úlceras de pressão
		Articulação Cotovelo Edo			Eritema da fralda
		Articulação punho Dto			N.º de quedas no último mês
		Articulação punho Edo			Estado mental
		Articulação anca Dto			Sabe em que mês está?
		Articulação anca Edo			Sabe em que terra vive?
		Articulação joelho Dto			Repete três palavras (Pêra, Gato e Bola)?
		Articulação joelho Edo			Faz cálculos simples
		Articulação tornozelo Dto (pé equino)			Identifica objectos comuns (relógio)

Parte II - Autocuidado

	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Tomar banho				
Entra e sai do chuveiro				
Obtém objectos para o banho				
Consegue água				
Abre a torneira				
Regula a temperatura da água				
Regula o fluxo da água				
Lava-se no chuveiro				
Lava o corpo				
Seca o corpo				
Outro _____				

Vestir-se ou despir-se				
Escolhe as roupas				
Retira as roupas da gaveta e do armário				
Segura as roupas				
Veste as roupas na parte superior do corpo				
Veste as roupas na parte inferior do corpo				
Despe as roupas na parte superior do corpo				
Despe as roupas na parte inferior do corpo				
Abotoa as roupas				
Desabotoa as roupas				
Usa cordões para amarrar				
Usa fechos				
Calça as meias				
Descalça as meias				
Calça os sapatos				
Descalça os sapatos				
Outro _____				
Alimentar-se				
Prepara os alimentos para a ingestão				
Abre recipientes				
Utiliza utensílios				
Coloca o alimento nos utensílios				
Pega no copo ou chávena				
Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão				
Leva os alimentos à boca com recipiente				
Leva os alimentos à boca com os utensílios				
Bebe por copo ou chávena				
Coloca os alimentos na boca				
Conclui uma refeição				

Outro _____				
Arranjar-se				
Penteia ou escova os cabelos				
Barbeia-se				
Aplica maquilhagem				
Cuida das unhas				
Usa um espelho				
Outro _____				
Cuidar da higiene pessoal				
Lava as mãos				
Aplica desodorizante				
Limpa a área do períneo				
Limpa as orelhas				
Mantém o nariz desobstruído e limpo				
Mantém a higiene oral				
Outro _____				
Auto-elevar				
Levantar parte do corpo				
Usar o sanitário				
Ocupa e desocupa o sanitário				
Tira as roupas				
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira				
Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar				
Ergue-se da sanita				
Ajusta as roupas após a higiene íntima				
Outro _____				
Transferir-se				
Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão				
Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama				
Outro _____				

Virar-se				
Move o corpo, virando-o de um lado para o outro				
Usar a cadeira de rodas				
Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas				
Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança				
Manobra em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida				
Outro _____				

ANEXO II: Instrumento “Perfil De Autocuidado”

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Formulário: tipos de autocuidado

Dados pessoais

1. Contexto
 1. Hospital
 2. Centro de Saúde
 3. Lar
2. Local de residência
 1. Área urbana (Vila, Cidade)
 2. Área rural (Aldeia)
3. Sexo
 1. Masculino
 2. Feminino
4. Idade _____ anos
5. Estado civil
 1. Casado(a) / em união de facto
 2. Solteiro(a)
 3. Viúvo(a)
 4. Divorciado(a)
6. Formação _____ anos
7. Actividade profissional
 1. Trabalhador activo
 2. Reformado
 3. Desempregado
 1. Membros das forças armadas
 2. Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa
 3. Especialistas das profissões intelectuais e científicas
 4. Técnicos e profissionais de nível intermédio
5. Pessoal administrativo e similares
6. Pessoal dos serviços e vendedores
7. Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas
8. Operários, artificies e trabalhadores similares
9. Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem
10. Trabalhadores não qualificados
11. Doméstico
12. Estudante
13. Outra
8. Residência
 1. Casa
 2. Instituição
9. Com quem vive
 1. Sozinho(a)
 2. Com cônjuge/ companheiro(a)
 3. Com cônjuge/ companheiro(a) e filhos (as)
 4. Com filhos (as)
 5. Com outros familiares
 6. Com amigos (as)

Tipos de autocuidado

	Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente
10. Eu tive de começar a trabalhar no início da adolescência					
11. Sacrifiquei a minha vida para cuidar da casa e/ou dos filhos					
12. Tive uma vida de trabalho duro					
13. Fui sempre o principal sustento da minha família					
14. Decidi sempre tudo sobre a minha vida					
15. Acontecimentos passados deixaram-me amargo(a)					
16. Há acontecimentos tristes no meu passado recente					
17. Ainda me sinto relativamente novo(a)					
18. Os problemas do envelhecimento não me transtornam a vida					
19. Considero-me relativamente saudável, apesar de tomar medicamentos					
20. Encontro-me nas mesmas condições físicas					

de quando era mais novo(a)					
21.A minha vida é dominada pela dor, sofrimento e outros problemas de saúde					
22.Eu quero ser responsável pela minha medicação					
23.Consulto os profissionais de saúde, assim que sinto que necessito de ajuda					
24.A minha cooperação com os médicos e os enfermeiros é natural e de igual para igual					
25.Eu conheço os meus problemas de saúde e baseado(a) nessa informação, dada por especialistas, também sei como os devo tratar					
26.Eu gosto de fazer as minhas tarefas diárias em casa					
27.Tomo obedientemente todos os medicamentos receitados pelos médicos					
28.Não preciso de saber para que doenças são os medicamentos que tomo, confio no meu médico					
29.Tomo medicamentos,					

por minha iniciativa, quando sinto que preciso					
30. Uso os meus próprios meios para tratar as doenças diagnosticadas pelo médico em vez de procurar ajuda					
31. Acredito que os tratamentos que me foram prescritos são os melhores					
32. Eu conheço bem o que me causa problemas					
33. Eu ainda sou capaz de cuidar de mim					
34. Deixo outras pessoas tratarem das minhas tarefas diárias					
35. Aprecio a companhia de outras pessoas					
36. Eu tenho um relacionamento próximo e caloroso com os meus filhos e/ou com as pessoas que me são próximas					
37. Os meus dias estão cheios de actividades significativas e estimulantes					
38. Mesmo ao envelhecer sinto-me a avançar na vida					
39. Estou confiante no futuro e					

acredito que as pessoas vão cuidar de mim					
40.À medida que envelheço passo inevitavelmente menos tempo na companhia de outras pessoas					
41.Tenho apenas de me adaptar à ideia de envelhecer					
42.À medida que envelheço, tenho de abdicar das coisas que já não consigo fazer					
43.Na velhice tenho de deixar outras pessoas tratarem das minhas necessidades					
44.Devo aceitar as coisas que o futuro me reserva					
45.Eu trato das minhas próprias necessidades e não necessito da ajuda de ninguém					
46.Estou dependente da ajuda da minha família e de amigos					
47.É importante para mim não ser um fardo para ninguém					
48.Vou continuar a viver em minha casa, mesmo que fique muito doente					
49.Tenho algumas relações					

interpessoais que me ajudam a lidar com as dificuldades					
50.Sinto que já não sirvo para nada					
51.Tenho medo do futuro					

ANEXO III: Autorização Da Direção Do Lar Rainha D. Beatriz

Exma. Senhora

Enf.ª Luciana Maria Vieira Veríssimo

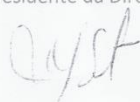
Assunto: Aplicação de instrumento de colheita de dados

Informamos que foi autorizado a aplicação do instrumento de colheita de dados às senhoras residentes deste Lar, no âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem Médico Cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem do Porto no desenvolvimento da Dissertação de Mestrado.

Com os melhores cumprimentos,

Dr.ª Inês Santos

Presidente da Direcção



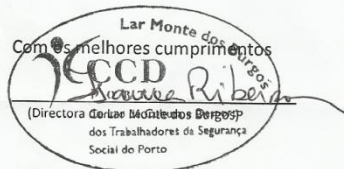
ANEXO IV: Autorização Da Direção Do Lar Monte Dos Burgos

Exma Senhora

Enfª Luciana Maria Vieira Veríssimo

Assunto: Aplicação de Instrumento de Colheita de dados no Lar Monte dos Burgos

Informamos que foi autorizada a aplicação do Instrumento de colheita de dados aos residentes deste lar, no âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem do Porto no desenvolvimento da Dissertação de Mestrado.



**ANEXO V: Declaração De Consentimento Informado, Livre E
Esclarecido**

Consentimento informado, livre e esclarecido

Eu, Luciana Maria Vieira Veríssimo, aluna do Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem do Porto, venho solicitar a participação de Vossa Ex.^a numa investigação, a realizar no âmbito da minha dissertação de mestrado, sob a orientação do Professor Doutor Paulo Marques.

A sua participação consiste na resposta voluntária a aspetos biográficos e relativos a questões da sua autonomia e dependência.

A participação no estudo obedece à condição de anonimato de Vossa Ex.^a e apresenta-se de primordial importância para a investigação.

Caso se verifique, por qualquer motivo, alteração da vontade em participar, poderá anular a sua colaboração, sem qualquer prejuízo ou penalização.

Grata pela sua disponibilidade,

Porto, ____ de _____ de 201__

Luciana Veríssimo

(A Mestranda)

Consentimento pós-esclarecido:

De acordo com o pedido de participação acima referido, confirmo que me foi explicado o objetivo desta pesquisa, bem como a forma de participação. Assim, concordo em dar o meu consentimento para participar como voluntário dessa pesquisa.

Porto, ____ de _____ de 201__

Assinatura do/a participante

(O/A Participante)

**ANEXO VI: Autorização Para Utilização Dos Instrumentos “Nível De
Dependência Do Autocuidado” E “Perfil De Autocuidado”**

Pedido de autorização para utilizar os instrumentos de avaliação do "Nível de dependência no Autocuidado" e caracterizadores "Perfil de Autocuidado".

De: **Secretariado** (secretariado@esenf.pt) Moveu esta mensagem para a sua localização atual.

Enviada: quarta-feira, 9 de Maio de 2012 10:51:47

Para: ep940@esenf.pt; lucy_ver33@hotmail.com

Exma. Senhora

Enf. Luciana Veríssimo

Em referência ao assunto em epígrafe, cumpre-nos informar do despacho do Presidente, exarado sobre o mesmo:

Despacho Presidente

Face ao parecer do coordenador do projeto, autorizo.

Com os melhores cumprimentos.

Teresa Teixeira

(Coordenadora Técnica)

Secretariado

Email: secretariado@esenf.pt

Telef: +351 22 507 35 00



ANEXO VII: Perfis De Autocuidado E Questões Associadas

Responsável	Formalmente Guiado	Independente	De Abandono
13-Fui sempre o principal sustento da minha família 17-Ainda me sinto relativamente novo(a)	10-Eu tive de começar a trabalhar no início da adolescência 11-Sacrifiquei a minha vida para cuidar da casa e dos filhos	14-Decidi sempre tudo sobre a minha vida 18-Os problemas do envelhecimento não me transtornam a vida	15- Acontecimentos passados deixaram-me amargo(a) 16- Há acontecimentos tristes no meu passado recente
19-Considero-me relativamente saudável, apesar de tomar medicamentos 22-Eu quero ser responsável pela minha medicação	12-Tive uma vida de trabalho duro 27-Tomo obediência todos os medicamentos receitados pelos médicos	20-Encontro-me nas mesmas condições físicas de quando era mais novo(a) 26-Eu gosto de fazer as minhas tarefas diárias em casa	21- A minha vida é dominada pela dor, sofrimento e outros problemas de saúde 34-Deixo outras pessoas tratarem das minhas tarefas diárias
23-Consulto os profissionais de saúde, assim que sinto que necessito de ajuda	28-Não preciso de saber para que doenças são os medicamentos que tomo, confio no meu médico	29-Tomo medicamentos, por minha iniciativa, quando sinto que preciso	46-Estou dependente da ajuda da minha família e de amigos
24-A minha cooperação com os médicos e os enfermeiros é natural e de igual para igual	31-Acredito que os tratamentos que me foram prescritos são os melhores	30-Uso os meus próprios meios para tratar as doenças diagnosticadas pelo médico em vez de procurar ajuda	50-Sinto que já não sirvo para nada
25-Eu conheço os meus problemas de saúde e baseado(a) nessa informação, dada por especialistas, também sei como os devo tratar 35-Aprecio a companhia de outras pessoas	41-Tenho apenas de me adaptar à ideia de envelhecer	32-Eu conheço bem o que me causa problemas	51-Tenho medo do futuro
36-Eu tenho um relacionamento próximo e caloroso com os meus filhos e/ou com as pessoas que me são próximas 37-Os meus dias estão cheios de actividades significativas e estimulantes	42-À medida que envelheço, tenho de abdicar das coisas que já não consigo fazer 43-Na velhice, tenho de deixar outras pessoas tratarem das minhas necessidades	33-Eu ainda sou capaz de cuidar de mim	
38- Mesmo ao envelhecer sinto-me a avançar na vida 39-Estou confiante no futuro e acredito que	44-Devo aceitar as coisas que o futuro me reserva	40-À medida que envelheço, passo inevitavelmente menos tempo na companhia de outras pessoas 45-Eu trato das minhas próprias necessidades e não necessito da ajuda de ninguém 47-É importante para mim não ser um fardo para ninguém 48-Vou continuar a viver em minha casa,	

as pessoas vão cuidar de mim		mesmo que fique muito doente	
49-Tenho algumas relações interpessoais que me ajudam a lidar com as dificuldades			

Tabela 17: Questões associadas aos perfis de autocuidado

**ANEXO VIII: Caracterização Da Amostra Em Função Da Dependência
Nas Diversas Atividades Que Concretizam Os Domínios De
Autocuidado**

	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente Independente
Entra e sai do chuveiro	28%	24,2%	0%	47,8%
Obtém objetos para o banho	31,7%	38,2%	0%	30,1%
Consegue água	29%	24,2%	0%	46,8%
Abre a torneira	28,5%	24,7%	0%	46,8%
Regula a temperatura da água	28,5%	26,3%	0%	45,2%
Regula o fluxo de água	28,5%	26,9%	0%	44,6%
Lava-se no chuveiro	28%	46,2%	0%	25,8%
Lava o corpo	26,3%	43%	0%	30,6%
Seca o corpo	26,3%	42,5%	0%	31,2%

Tabela 18: Caracterização da amostra em função da dependência no domínio de autocuidado Tomar Banho

	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente Independente
Escolhe as roupas	51,6%	12,9%	0%	35,5%
Retira as roupas da gaveta e do armário	37,1%	19,4%	0%	43,5%
Segura as roupas	28%	15,6%	0%	56,5%
Veste as roupas na parte superior do corpo	26,9%	24,2%	0%	48,9%
Veste as roupas na parte inferior do corpo	27,4%	25,3%	0%	47,3%
Despe as roupas na parte superior do corpo	26,3%	22%	0%	51,6%
Despe as roupas na parte inferior do corpo	26,9%	23,1%	0%	50%
Abotoa as roupas	27,4%	24,2%	0%	48,4%
Desabotoa as roupas	26,9%	22%	0%	51,1%
Usa cordões para amarrar	35,5%	22%	0%	42,5%
Usa fechos	27,4%	19,4%	0%	53,2%
Calça as meias	28,5%	25,3%	0%	46,2%
Descalça as meias	28%	22%	0%	50%
Calça sapatos	28,5%	24,2%	0%	47,3%
Descalça sapatos	28%	21,5%	0%	50,5%

Tabela 19: Caracterização da amostra em função da dependência no domínio de autocuidado Vestir-se / Despir-se

	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente Independente
Abre recipientes	16,7%	5,4%	0%	78%
Utiliza utensílios	14%	0,5%	0%	85,5%
Coloca o alimento nos utensílios	14%	1,1%	0%	84,9%
Pega no copo ou chávena	14%	0%	0%	86%
Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão	14%	0,5%	0%	85,5%
Leva os alimentos à boca com recipiente	14%	0,5%	0%	85,5%
Leva os alimentos à boca com os utensílios	14%	0,5%	0%	85,5%
Bebe por copo ou chávena	14%	0%	0%	86%
Coloca os alimentos na boca	14%	0,5%	0%	85,5%
Concluir a refeição	14,5%	2,2%	0%	83,3%

Tabela 20: Caracterização da amostra em função da dependência no domínio de autocuidado Alimentar-se

	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente Independente
Penteia ou escova os cabelos	29,6%	16,1%	0%	54,3%
Barbeia-se	22,6%	46,8%	0%	30,6%
Aplica maquilhagem	51,6%	18,5%	0%	29,8%
Cuida das unhas	50%	22,6%	0%	27,4%
Usa um espelho	30,1%	8,6%	0%	61,3%

Tabela 21: Caracterização da amostra em função da dependência no domínio de autocuidado Arranjar-se

	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente Independente
Lava as mãos	24,2%	11,8%	0%	64%
Aplica desodorizante	26,9%	25,3%	0%	47,8%
Limpa a área do períneo	26,9%	21%	0%	52,2%
Limpa as orelhas	26,3%	21,5%	0%	52,2%
Mantém o nariz desobstruído e limpo	25,3%	11,8%	0%	62,9%
Mantém higiene oral	26,9%	19,3%	0%	53,8%

Tabela 22: Caracterização da amostra em função da dependência no domínio de autocuidado Cuidar higiene pessoal

	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente Independente
Levantar parte do corpo	20,9%	12,3%	0%	66,8%

Tabela 23: Caracterização da amostra em função da dependência no domínio de autocuidado Elevar-se

	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente Independente
Ocupa e desocupa o sanitário	24,7%	10,8%	0%	64,5%
Tira as roupas	26,3%	15,6%	0%	58,1%
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira	24,7%	11,3%	0%	64%
Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar	26,3%	17,2%	0%	56,5%
Ergue-se da sanita	24,7%	11,3%	0%	64%
Ajustar as roupas após a higiene íntima	26,3%	16,1%	0%	57,5%

Tabela 24: Caracterização da amostra em função da dependência no domínio de autocuidado Usar o sanitário

	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente Independente
Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão	23,1%	11,8%	0%	65,1%
Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama	23,1%	11,8%	0%	65,1%

Tabela 25: Caracterização da amostra em função da dependência no domínio de autocuidado Transferir-se

	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente Independente
Move o corpo, virando-o de um lado para o outro	21,4%	9,6%	0%	69%

Tabela 26: Caracterização da amostra em função da dependência no domínio de autocuidado Virar-se

	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente Independente
Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas	41,4%	6,9%	0%	51,7%
Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança	44,8%	31%	0%	24,1%
Manobras em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida	55,2%	31%	0%	13,8%

Tabela 27: Caracterização da amostra em função da dependência no domínio de autocuidado Usar Cadeira de Rodas